

MEMORIA ANUAL 2016

MINISTERIO DE SALUD COSTA RICA Rectoría en Salud, Nutrición y Deporte



MINISTERIO DE SALUD

MEMORIA INSTITUCIONAL 2016



Mayo 2017

614

M8375m Costa Rica. Ministerio de Salud
Memoria Institucional 2016 San José,
Costa Rica: El Ministerio, 2016

172p.,ilus, 28cm
ISBN 1659-35 96

1. Salud Pública. 2. Memorias. 3. Costa Rica.
I. Ministerio de Salud. II. Título



República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho del Ministro

DM-3129-2017

27 de abril del 2017

Señor

José Alberto Alfaro Jiménez

Presidente a.i.

Asamblea Legislativa

Estimado señor

Como Ministro de Salud y Rector en Salud, Nutrición y Deporte, de conformidad con el artículo 144 de la Constitución Política de la República, me complace presentar a su estimable consideración y la de los señores diputados de la Asamblea Legislativa, la Memoria Institucional 2016 de la institución a mi cargo. El Ministerio de Salud, tiene como propósito fundamental contribuir a mantener y mejorar el estado de salud de la población, mediante el ejercicio de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social, bajo los principios de transparencia, equidad, ética, eficiencia, calidad y respeto a la diversidad.

De acuerdo con lo estipulado por nuestra Constitución Política, procedo a rendir cuentas sobre lo actuado durante el año 2016 con respecto a los objetivos y logros alcanzados y lo que resta por hacer en el período.

Aprovecho para agradecerle a usted y a los señores diputados el apoyo brindado al Ministerio de Salud y a sus instituciones adscritas, durante el año 2016. Además, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los funcionarios de la institución en sus tres niveles de gestión, así como a las instituciones adscritas, por su trabajo para el cumplimiento de las responsabilidades que nos confiere el Estado y la población.

Agradeciendo su atención de siempre.

Se suscribe,



Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud y
Rector en Salud, Nutrición y Deporte

Tabla de Contenido

CAPITULO I Marco Estratégico	11
MISIÓN INSTITUCIONAL	13
VISIÓN INSTITUCIONAL	13
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES.....	13
VALORES INSTITUCIONALES.....	13
CAPITULO II Políticas Institucionales	15
POLÍTICAS INSTITUCIONALES	17
CAPITULO III Organización Ministerio de Salud.....	19
1 NIVEL CENTRAL	21
2. NIVEL REGIONAL	25
3. NIVEL LOCAL.....	26
4. ENTES ADSCRITOS.....	26
5. ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	28
CAPITULO IV Análisis Evolutivo de la Situación de Salud	33
INDICADORES DEMOGRÁFICOS	35
Estructura de población.....	35
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	38
Diabetes mellitus	38
Hipertensión Arterial.....	40
Mortalidad general	41
Mortalidad por infarto agudo al miocardio	43
Cáncer.....	44
Incidencia de tumores malignos más frecuentes por sexo	46

Mortalidad por cáncer	48
Desnutrición	49
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	50
Dengue	50
Malaria	51
Enfermedad de Chagas	52
Chikungunya	52
Zika	53
Enfermedad diarreica aguda	54
VIH y sida	56
Infección por VIH-sida	56
Mortalidad por sida	58
Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)	62
Accidentes de tránsito	63
Mortalidad por accidentes de tránsito	64
Accidentes laborales en Costa Rica	66
CAPITULO V Logros Ministerio de Salud 2016.....	69
NIVEL POLÍTICO ESTRATÉGICO	71
CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	71
Gestión de Calidad Institucional.....	71
Normas de Calidad para la Regulación en Salud	72
Sello de Garantía para Alimentos Fortificados en Costa Rica	74
Transparencia institucional.....	74
Mejora regulatoria y simplificación de trámites.....	75
Contraloría de Servicios	76
Atención al cliente	78
Auditoría interna	79
Planificación	82

Desarrollo organizacional	83
Relaciones Internacionales en Salud.....	87
Leyes y decretos ejecutivos en materia de salud.....	89
NIVEL DE RECTORÍA DE LA SALUD	97
Promoción de la Salud.....	97
Estilos de Vida Saludables para una Vida Libre de Tabaquismo en Adolescentes y Jóvenes Costarricenses.....	97
Actividad física y salud	99
SALUD DE LAS PERSONAS.....	101
Enfermedades transmisibles.....	101
Inmunizaciones.....	101
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	103
Tuberculosis	109
Malaria.....	110
VIH-sida.....	110
Enfermedad de Hansen o lepra.....	113
Reglamento Sanitario Internacional	114
Observatorio Geográfico en Salud (OGES).....	115
Enfermedades no transmisibles (ENT)	116
Cáncer.....	117
Desafíos	119
Enfermedad renal crónica	119
Cuidados paliativos	120
NORMALIZACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD Y AFINES	122
Fecundación in vitro.....	122
Donación y trasplante de órganos y tejidos humanos.....	123
Habilitación de servicios de salud y afines.....	125
Sistema de receta digital	126

Salud materno-infantil	127
Embarazo adolescente	131
SALUD DE GRUPOS VULNERABLES.....	134
Envejecimiento saludable	134
Población migrante	135
Plan Nacional de Salud de Pueblos Indígenas y	
Plan Nacional de Salud de AfrodescendientesSalud sexual y reproductiva.....	137
Derecho a la salud de lesbianas, gais, bisexuales, tran e intersex (LGTBI)	139
ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SALUD	140
Sobrepeso y obesidad	140
“Proyecto de Fortalecimiento de los Programas de Alimentación Escolar”	142
Vigilancia nutricional	143
SALUD MENTAL.....	144
Salud Mental, Consumo de Sustancias Psicoactivas y Violencia Social	144
SALUD AMBIENTAL.....	146
Normalización en salud ambiental	146
Calidad del agua potable	148
Aguas residuales.....	151
Control de los servicios de alimentación al público	153
Control de la calidad del aire.....	154
Gestión integral de residuos	156
Protección radiológica.....	160
Regulación del polvo	160
Saneamiento Básico Rural (SANEBAR)	160
Estrategia de trabajo conjunto, en el sector agrícola de piña y cítricos,	
zona norte (MS-MTSS-INS) 2016	161
REGULACIÓN Y CONTROL DE PRODUCTOS DE CONSUMO HUMANO	163
Registro de productos de consumo humano	163

Control de productos de consumo humano.....	164
Programa para la implementación de la Ley 9028	
“Ley General y Reglamento de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”	165
Unidad itinerante para la promoción, prevención y control del tabaco y otras drogas	168
Evaluación de impacto de la Ley 9028 y su incidencia en el	
infarto agudo de miocardio (1997-2015).	169
Programa Ponéle a la Vida.....	171
INVESTIGACIÓN EN SALUD	174
Oficialización de la Norma de Implementación y	
Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud	174
GESTIÓN INSTITUCIONAL	175
División Administrativa	175
Desconcentración de CEN-CINAI.....	176
Aplicación móvil para mejorar la gestión de denuncias de salud	177
Tecnologías de Información y Comunicación.....	177
PRODUCCIÓN INSTITUCIONAL.....	180
Nivel Central.....	180
Nivel Regional.....	189
HORARIOS DIFERENCIADOS Y TELETRABAJO	191
ATENCIÓN DE DENUNCIAS.....	191
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO Y ENTOMOLÓGICO	193
Logros Instituciones Adscritas	199
AUDITORÍA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD	201
Derechos y obligaciones de la personas usuarias de los servicios de salud,	
públicos y privados en todo el territorio nacional.	201
DIRECCIÓN NACIONAL DE CEN-CINAI.....	203
Nutrición Preventiva	203
Huertas pedagógicas.....	205

Atención preventiva en salud oral en CEN CINAI	208
Promoción de Igualdad de Género y Diversidad Sexual.....	210
Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).....	215
Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	216
Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (drogas)	216
Tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas (drogas)	218
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).....	218
SECRETARÍA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (SEPAN).....	225
Alimentación y Nutrición	225
Red mundial de autoridades en materia de inocuidad de alimentos (INFOSAN)	226

CAPITULO VI Inversión en Salud..... 229

INVERSIÓN MINISTERIO DE SALUD	231
Programa 575: Regulación de la Investigación Bio-médica.....	236
Programa 630: Gestión Intrainstitucional	237
Programa 631: Rectoría de la Salud	237
Sub programa 631-01 Rectoría de la Producción Social de la Salud	237
Sub Programa 631-02 Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud.....	238
Programa 632: Provisión de Servicios de Salud	238
INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD, NUTRICIÓN Y DEPORTE.....	238
Medición del Gasto ante la Respuesta del VIH-Sida “MEGAS”	241
CUENTAS DE SALUD.....	243

CAPITULO I

Marco Estratégico

MISIÓN INSTITUCIONAL

Somos la institución que dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad.

VISIÓN INSTITUCIONAL

Seremos la autoridad sanitaria respetada a nivel nacional e internacional, que ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud con capacidad técnica y resolutive, liderazgo y participación social.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

1. Dirigir y conducir a las instituciones del sector y otros actores sociales, que intervienen en el proceso salud-enfermedad-muerte, con el fin de mejorar el estado de salud de la población.
2. Ejercer la regulación y el control de servicios, establecimientos, productos de interés sanitario, eventos, ambiente humano e investigaciones y tecnologías en salud, con el fin de proteger y mejorar el estado de salud de la población.
3. Fortalecer la vigilancia de los determinantes de la salud (salutogénicos

y patogénicos) con el fin de promover la salud y disminuir los riesgos y daños a la salud de la población y el ambiente humano.

4. Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud, mediante el desarrollo de las condiciones y capacidades institucionales necesarias para el ejercicio eficiente y eficaz de sus funciones.

VALORES INSTITUCIONALES

• *Liderazgo*

Somos una institución que desarrolla relaciones sinérgicas de desconcentración y descentralización, participación social inteligente para la no exclusión, participación comunitaria y articulación de actores sociales, para fortalecer vínculos de dirección, apoyo mutuo y complementariedad, buscamos a los actores sociales para el logro de la concertación, la participación y el convencimiento, impulsando las decisiones y las acciones de todos los involucrados en procura de la protección y el mejoramiento de la salud de la población en general.

• *Transparencia*

Es la confianza que hace posible la interacción social, así como el cumplimiento de las garantías de revelación que esperan unas personas de otras. Es un valor aplicado a la conducta humana, no significa otra cosa que permitir que los demás entiendan claramente el mensaje que les estamos proporcionando y perciban un mensaje

que exprese lo que realmente deseamos o sentimos.

- *Excelencia*

El hábito o disposición de hacer bien el trabajo, con el mejor de los desempeños, la mejor de las prácticas, con gran habilidad en el cumplimiento extraordinario del oficio o del deber asignado.

- *Compromiso*

Significa obligación contraída, conceptualizada como la importancia de cumplir fielmente con la palabra dada y la fe empeñada a una idea, con alguna tarea, con una persona o con algo.

- *Trabajo en equipo*

Cada funcionario es responsable de la parte del trabajo individual que le corresponde,

visualizándose como parte de un engranaje mayor, coordinando, participando activamente y colaborando con el trabajo de los demás; incentivando a que los funcionarios unan valores, talentos y esfuerzos para incrementar la cooperación en todos los niveles gestión del Ministerio de Salud lo que contribuye a proteger y mejorar la salud de la población.

- *Respeto*

La consideración hacia uno mismo y en el trato a los demás, con las instituciones, con las culturas y los Derechos Humanos, la valoración crítica de las opiniones sobre la base de relaciones positivas, la tolerancia frente a las opiniones, al pluralismo y la diversidad, escuchando asertivamente y teniendo claridad y congruencia en todas las acciones.

CAPITULO II

Políticas
Institucionales

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Una política institucional es una decisión escrita que se establece como una guía, para los miembros de una organización, sobre los límites dentro de los cuales pueden operar en distintos asuntos, cuando una institución define su política, lo que realiza es la declaración formal de principios generales de la institución.

Las políticas institucionales se han definido y validado con las diferentes unidades organizativas del Ministerio y en el Consejo Ministerial.

Las mismas se describen a continuación:

1. Los principios de participación social, enfoque de género, inclusión, no discriminación y respeto a la diversidad permearán el accionar de la institución.
2. El liderazgo, la negociación y la concertación constituirán la base para el ejercicio de la rectoría y las relaciones con las Instituciones, actores sociales y la población, a fin de mantener y mejorar la salud de los habitantes del país.
3. La institución promoverá acciones que faciliten el desarrollo de prácticas saludables y de salud ocupacional en procura de una mejor calidad de vida de los funcionarios.
4. La institución contará con el capital humano idóneo, capacitado, comprometido y acorde con los requerimientos para el cumplimiento de las funciones rectoras.
5. La educación continua será fundamental para fortalecer la capacidad técnica, resolutive y el liderazgo del capital humano de la institución.
6. La institución implementará el proceso de Supervisión Capacitante como elemento fundamental para la mejora continua.
7. El Ministerio de Salud realizará las gestiones pertinentes para contar con los recursos financieros, bienes y servicios en cantidad, calidad y oportunidad para el cumplimiento de las funciones rectoras.
8. La transparencia, la rendición de cuentas y la simplificación de trámites deberán estar presentes en todos los procesos desarrollados por la institución.
9. El accionar institucional estará orientado por la ética y el enfoque de gestión del riesgo en los tres niveles de gestión.
10. El sistema de calidad constituye el eje transversal de todas las acciones y procesos desarrollados por el Ministerio de Salud en los tres niveles de gestión.
11. El servicio al cliente externo e interno se realizará en forma eficiente y eficaz, de manera oportuna, con calidez y calidad en los tres niveles de gestión.
12. El Ministerio de Salud fortalecerá la utilización de tecnologías de información y comunicación de punta para la optimización de sus funciones.

13. La implementación del Programa de Gestión Ambiental Institucional (PGAI) garantizará el uso adecuado de los recursos hídricos, energéticos, la gestión integral de los residuos y la protección del ambiente en general, a fin de que la institución contribuya al logro de la meta país de alcanzar la C- Neutralidad en el año 2021.
14. La comunicación a lo interno de la institución estará orientada hacia el suministro de información positiva y motivadora a sus funcionarios, que promueva relaciones laborales basadas en la solidaridad, la comprensión y respeto.
15. El Ministerio de Salud proyectará la seriedad de la organización y de las actividades de interés público en salud, mediante una comunicación veraz, rigurosa, fluida y expedita

CAPITULO III

Organización
Ministerio de Salud

Mediante Directriz N° 006 MIDEPLAN, el Poder Ejecutivo define catorce sectores para mejorar la coordinación y organización del aparato público estatal. Entre ellos se crea el Sector Salud, Nutrición y Deporte cuya rectoría recae en el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, lidera y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.

Para ejercer sus funciones, el Ministerio de Salud se divide en tres niveles:

1 NIVEL CENTRAL

Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Está conformado por el Despacho del Ministro de Salud, apoyado por dos Viceministros. Tiene una Dirección General de Salud. La Auditoría Interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Contraloría de Servicios Institucional y Planificación y Desarrollo Institucional, las cuales funcionan como unidades asesoras y la Secretaría Técnica de Salud Mental y Tecnologías de Información y Comunicación como nivel operativo. También cuenta con entes adscritos al Ministerio: INCIENSA, el IAFA y la Dirección Nacional de CEN CINAI.

Auditoría Interna

Unidad Organizativa que proporciona seguridad razonable a la población, de

que la actuación del jerarca y de los subordinados se ejecute de conformidad con el marco estratégico institucional, el marco legal y las sanas prácticas. Para ello, evalúa y promueve la mejora de la efectividad de la administración del riesgo, del control y de los procesos de dirección y evalúa la actuación de las unidades organizativas en la ejecución de la rectoría de la salud, la provisión de servicios de salud y la gestión institucional.

Unidad de Asuntos Internacionales en Salud

La Unidad de Asuntos Internacionales en Salud es una unidad organizativa asesora, dependiente orgánicamente del Ministro de Salud. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho del Ministro en la ejecución de la función de Dirección Política de la Salud en el ámbito de asuntos internacionales, así como normalizar las prácticas relacionadas con este ámbito y asesorar, en su implementación, a las instituciones del Sector Salud y a las unidades organizativas del Ministerio de Salud que lo requieran. Además, mantiene un inventario de acuerdos, convenios y demás asuntos internacionales, tanto del Ministerio como del Sector Salud.

Dirección de Asuntos Jurídicos

Unidad Organizativa asesora que brinda el soporte jurídico que el Despacho del Ministro y el Ministerio en general le solicite, además, le corresponde revisar los instrumentos legales en los que interviene el Ministerio de Salud, así como mantener un inventario de

leyes, decretos, acuerdos, convenios y otros instrumentos jurídicos relacionados con la producción social de la salud y la rectoría en materia de salud pública.

Contraloría de Servicios Institucional

Su objetivo consiste en involucrar a la ciudadanía en la fiscalización de la prestación de los servicios públicos, mediante el ejercicio de su derecho de petición y manifestación de su inconformidad en forma individual o colectiva sobre la calidad de los servicios, con el propósito de garantizarle de esta manera que sus demandas sean escuchadas y resueltas.

Secretaría Técnica de Salud Mental

La Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico, adscrito al Despacho del Ministro de Salud, cuyo objetivo es abordar en forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

Planificación y Desarrollo Institucional

Planificación y Desarrollo Institucional es una unidad organizativa asesora dependiente del Despacho Ministerial. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho Ministerial en el alineamiento estratégico de la institución, ejecutando los procesos de planificación estratégica y operativa institucional y sectorial, así como desarrollo

organizacional, mercadotecnia institucional y control interno, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Ministro de Salud, y asesorando al Despacho y a las demás unidades organizativas de la institución en estos procesos.

Tecnologías de Información y Comunicación

Tiene como objetivo garantizar que las tecnologías de información y comunicación respondan a las necesidades institucionales mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de la seguridad, disponibilidad, integridad y oportunidad de los sistemas de información, la infraestructura y los servicios, a fin de fortalecer la rectoría y la toma de decisiones.

Dirección General de Salud

Es una unidad organizativa que depende orgánicamente del Ministro/a. Su principal objetivo es orientar y conducir la gestión del Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional, a nivel nacional, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Asegura que todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución. Para el desarrollo de sus funciones, la Dirección General de Salud cuenta con las siguientes instancias que tienen una dependencia orgánica:

Dirección Atención al Cliente

Su principal función es ejecutar el proceso de Atención al Cliente Interno y Externo en el nivel central, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud. Normaliza la ejecución de este proceso en el nivel regional y local y asesora a quienes lo requieran. Esta Dirección permite que el cliente interno y externo exprese sus necesidades y expectativas. Por medio de este proceso, el Ministerio de Salud garantiza el cumplimiento de las políticas destinadas a la simplificación de trámites, incorporación de la voz del cliente y su satisfacción con los servicios recibidos, de manera que fortalezca la imagen institucional y la implementación de la estrategia maestra.

Dirección Vigilancia de la Salud

Su objetivo principal es garantizar que la ejecución del proceso de Vigilancia de la Salud, a nivel nacional, se realice de manera articulada, eficaz y con la requerida calidad. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local. Es responsable de la producción de información oportuna y veraz sobre la situación de salud del país que permita fundamentar la toma de decisiones para ejercer la rectoría en forma efectiva, eficiente y con enfoque de promoción, para garantizar la protección y mejoramiento del estado de salud de la población.

Dirección Promoción de la Salud

Su función principal consiste en dirigir los esfuerzos de los actores sociales del sistema de producción social de la salud, para la modificación de los determinantes, protegiendo y mejorando el estado de salud de la población. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las Unidades Organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda.

Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud

Su objetivo principal es garantizar que la ejecución de los procesos de Planificación Estratégica de la Salud y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud a nivel nacional, se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Define directrices, formula planes y proyectos, establece procedimientos y desarrolla sistemas. Ejecuta directamente las actividades operativas de los procesos de Planificación Estratégica de la Salud y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional, en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles centrales, regionales y local.

Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud

Su principal objetivo es garantizar la ejecución de las funciones de Armonización de la Provisión de Servicios de Salud y Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud, mediante la ejecución de los procesos de Vigilancia de la Salud, Planificación Estratégica de la Salud, Evaluación de las Acciones en Salud y Regulación de la Salud en el ámbito de los servicios de salud a nivel nacional. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local. Esta dirección, además, es responsable de la adecuada articulación de funciones de rectoría y de procesos que garanticen a la población el acceso a servicios de salud de calidad.

Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud

Su objetivo es articular y ejecutar los procesos de rectoría en el ámbito del Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud a nivel nacional, para garantizar que la generación de conocimiento científico y tecnológico responda a las prioridades nacionales, a criterios éticos y de calidad y que este disponible, accesible y pueda ser utilizado como insumo para la toma de decisiones. Ejerce el liderazgo del Sistema Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, con enfoque de promoción, y asegura, en este ámbito, la equidad, la calidad y la transparencia en la generación y uso del

conocimiento para contribuir a garantizar la protección y mejoramiento del estado de la salud de la población.

Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario

Su objetivo principal es garantizar que la ejecución del proceso de regulación de productos de interés sanitario, a nivel nacional, se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Para lo cual define directrices, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas. Ejecuta directamente las actividades operativas del proceso de regulación de productos de interés sanitario correspondientes al nivel central y las del nivel regional, cuando requieren de un abordaje multiregional, en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local.

Dirección de Protección del Ambiente Humano

Su objetivo principal es contribuir a la protección y mejoramiento del ambiente humano, mediante el ejercicio sobre los determinantes ambientales claves, que permitan mantener y fortalecer las condiciones de vida de la población nacional. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los tres niveles de gestión.

División Administrativa

Depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo principal es garantizar que los procesos relacionados con la gestión de los recursos humanos, financieros, de infraestructura física y bienes y servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, respetando el marco legal vigente, acorde con las políticas de gestión institucional emitidas por el Ministro de Salud y apegados a los lineamientos estratégicos establecidos por el Director General de Salud. Brinda además el apoyo técnico necesario para que estas condiciones se den en el Despacho del Ministro de Salud y en todas las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

De esta División dependen el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), el Consejo Técnico Administrativo, la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) y las siguientes unidades organizativas:

Dirección de Desarrollo Humano

Su objetivo es garantizar que la ejecución del proceso de gestión de recursos humanos, a nivel institucional, se realice de manera articulada, eficaz y con la requerida calidad. Define directrices técnicas, formula planes y proyectos. Establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de dicho proceso correspondientes a la Dirección de Desarrollo Humano. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones

y direcciones de los niveles central, regional y local.

Dirección Financiera y de Bienes y Servicios

Su objetivo es garantizar que la ejecución de los procesos de gestión de recursos financieros, de infraestructura física y de bienes y servicios a nivel institucional, se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de estos procesos correspondientes a esta División. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

2. NIVEL REGIONAL

Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud

Su objetivo consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel regional. Asegura que los componentes regional y local de todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud. Para cumplir con este objetivo dirigen y conducen a los actores sociales

con representación regional y articulan los esfuerzos de las áreas rectoras de salud haciendo uso, en especial, de la supervisión capacitante como herramienta base para la mejora continua.

El Ministerio de Salud está conformado geográficamente por nueve regiones de salud a saber: Central Sur, Central Norte, Central Este, Central Occidente, Chorotega, Pacífico Central, Huetar Norte, Huetar Caribe y Brunca.

3. NIVEL LOCAL

Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud. Está integrado por ochenta y dos áreas rectoras de salud.

Direcciones de Áreas Rectoras de Salud

Son las unidades organizativas de la institución con representatividad y operación en el ámbito local y en las cuales se realizan tanto las funciones de insumo como las funciones de impacto de la rectoría de la producción social de la salud, con fundamento en una sólida gerencia institucional. Está constituida por un equipo interdisciplinario de funcionarios, liderado por un director que gerencia efectiva y eficientemente todos los procesos que se realizan en el área.

4. ENTES ADSCRITOS

Son instancias desconcentradas que asumen funciones específicas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la prestación de determinados servicios. Ellos son:

Dirección Nacional de CEN CINAI

Depende orgánicamente, del Ministro/a. Su objetivo consiste en orientar y conducir la gestión de los servicios de nutrición y desarrollo infantil que provee la institución, para garantizar el cumplimiento de su marco estratégico acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil. Asegura que todos los procesos relacionados con la provisión de estos servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución en esta materia.

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud según artículo 12 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Ley No 5412 de 8 de noviembre de 1973).

La Ley 8270 de 2 de mayo del 2002 reformó el artículo 15 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Le otorga al Consejo personalidad jurídica instrumental y autonomía administrativa.

Oficina Cooperación Internacional de La Salud (OCIS)

La ley No 8270 reformó el artículo 36 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, (ley No 5412 de 8 de noviembre de 1973). Corresponde a OCIS proporcionar apoyo administrativo a los programas que se le encomienden, ajustándose a la política general del Ministerio. Para ello, goza de independencia, tanto económica como administrativa, y de personalidad jurídica instrumental.

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA)

En 1969, mediante la ley 4508 nació la Clínica Nacional de Nutrición. Posteriormente, en 1977, la ley 6088 transforma ésta clínica en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), como un organismo responsable de la vigilancia epidemiológica base en laboratorios, de las investigaciones prioritarias en salud pública y de los procesos de enseñanza en salud derivados de su quehacer y tendrá personalidad jurídica instrumental.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

La Ley 8289 reformó el inciso d) del artículo

5 y los artículos 21, 22, 23 y 24 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, de 8 de noviembre de 1973 creando al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) es un órgano con desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud, con personalidad jurídica instrumental.

Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiológica

El artículo 4 de la Ley No. 8111 del 18 de julio del 2001, publicada en La Gaceta No 151 de 8 de agosto del 2001, "Ley Nacional de Vacunación", creó la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología adscrita al Ministerio de Salud, como órgano con desconcentración máxima y personalidad jurídica instrumental.

Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN)

Órgano Adscrito al Despacho del Ministro según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973.

Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes

Órgano Adscrito al Despacho del Ministro según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973. Integración: artículo 19 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973.

Consejo de Atención Integral (CAI)

Instancia con dependencia de la Dirección de Garantía de Accesos a Servicios de Salud (DGASS). Creada mediante *Ley General de Centros de Atención Integral*, Ley N°.8017, del 16 de agosto del 2000.

Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS)

Órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud, creado según capítulo 5, Artículos 34 al 45 de *Ley Reguladora de Investigación Biomédica*, Ley N° 9234, del 25 de abril de 2014.

Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA)

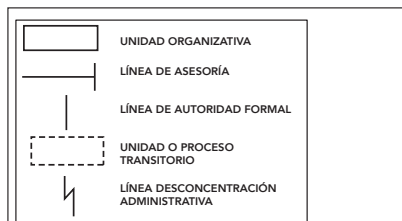
Instancia con dependencia de la Dirección de Planificación y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud, creada mediante *Ley de Protección a la Madre Adolescente*, Ley N° 7735 de 1988, modificada en la Ley 8312 del 30 de setiembre del 2002.

Auditoría General de Servicios de Salud

instancia con dependencia del Despacho del Ministro de Salud, creada mediante Artículo 5, *Ley Derechos y Deberes de las Personas usuarios de los Servicios de Salud*, Ley N° 8239, del 13 de marzo del 2002.

5. ESTRUCTURA ORGÁNICA

Organigrama



Modificado en oficio DM-2949-2010-2010 de fecha 03 de mayo de 2010 y Decreto Ejecutivo No. 34510-S (Reorganización Integral).

Modificado en oficio DM-590-11 de fecha 07 de octubre de 2011.

Aprobado por MIDEPLAN en oficio DM-117-12 de fecha 07 de marzo de 2012.

Aprobado por MIDEPLAN en oficio DM-420-12 de fecha 31 de octubre de 2012.

Aprobado por MIDEPLAN en oficio DM-486-12 de fecha 23 de noviembre de 2012.

Aprobado por MIDEPLAN en oficios DM-598-13 y DM-599-13 de fecha 04 de noviembre de 2013.

Aprobado por MIDEPLAN en oficio DM-249-14 de fecha 21 de agosto de 2014.

Aprobado por MIDEPLAN en oficio DM-375-14 de fecha 08 de octubre de 2014.

Aprobado por MIDEPLAN en oficio DM-379-14 de fecha 13 de octubre de 2014.

Aprobado por MIDEPLAN en oficio DM-488-14 de fecha 08 de diciembre de 2014.

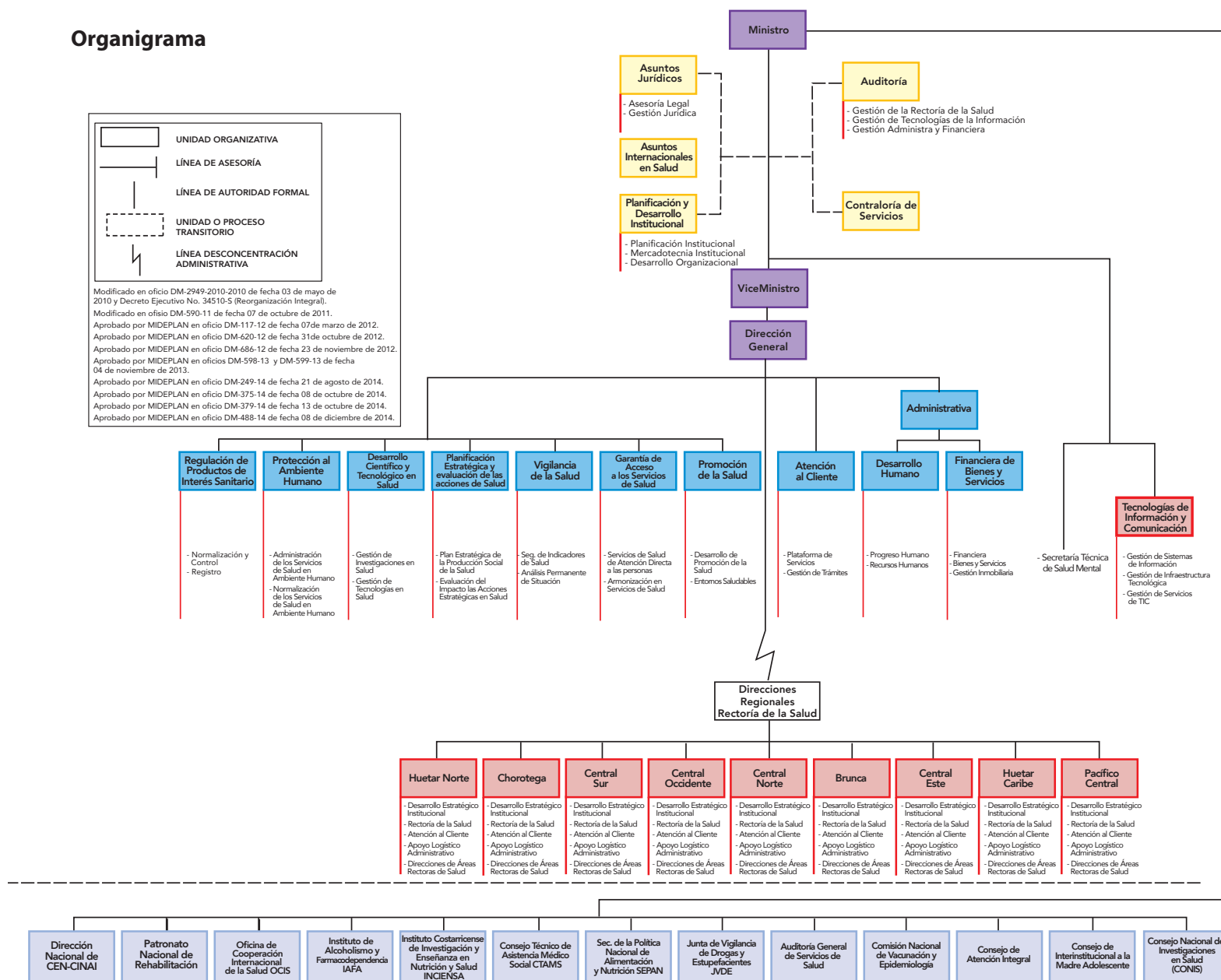


DIVISIONES

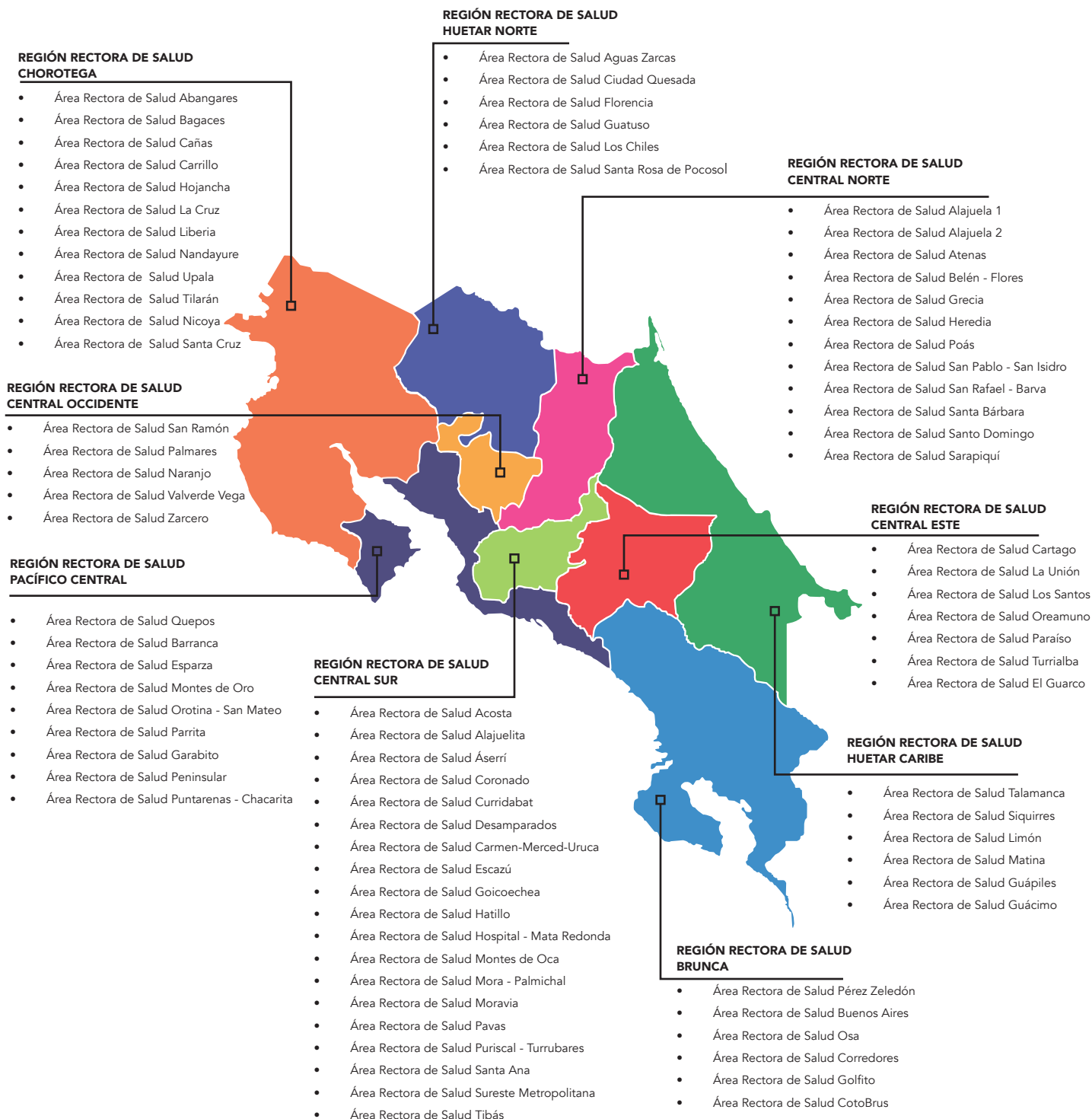
DIRECCIONES

DEPARTAMENTOS

UNIDADES



Mapa Direcciones Regionales y Áreas de Salud



CAPITULO IV

Análisis Evolutivo
de la Situación de Salud

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Estructura de población

En el año 2016, la población de Costa Rica fue de 4,890.372 habitantes, el 42,7 %, se concentra en los grupos de 15 a 39 años. El grupo de 25 a 29 años representó el porcentaje más alto con un 9.1 %.

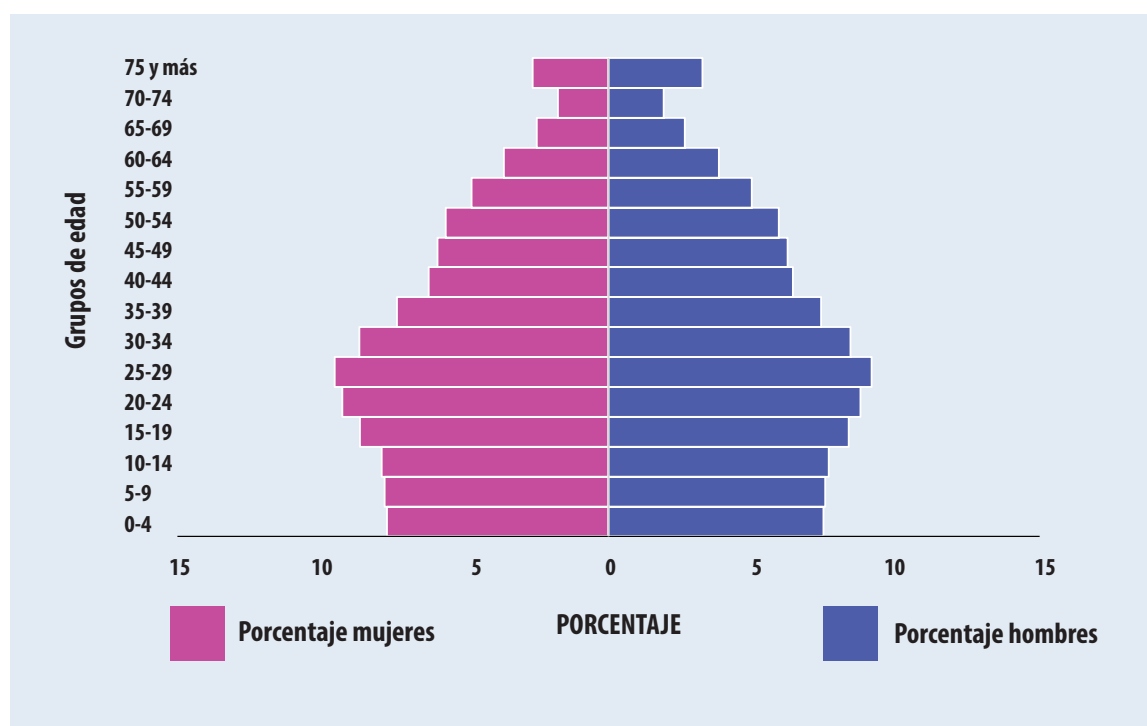
La pirámide poblacional presenta una tendencia hacia el envejecimiento, como producto de la reducción de la fecundidad y de la mortalidad, lo cual conlleva a un

incremento de la esperanza de vida. Se observa, que el grupo de 75 y más años es más amplio que el grupo de 60 a 69 años.

El proceso del envejecimiento es de interés en salud pública, por las consecuencias que conlleva el aumento de población anciana que requiere además un incremento de los recursos sanitarios y hospitalarios especializados para esa edad.

El gráfico 1, se refiere a la distribución de la población entre hombres y mujeres según los diferentes grupos de edad.

Gráfico 1
Pirámide poblacional de Costa Rica, 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Costa Rica, 2016.

Cuadro 1
Indicadores demográficos, Costa Rica, 2005-2015.

Indicador	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Población al 30 junio (miles)						
Total	4 215	4 330	4 469	4 592	4 713	4 832
Hombres	2 133	2 195	2 260	2 321	2 381	2 439
Mujeres	2 081	2 144	2 209	2 270	2 332	2 392
Tasa de crecimiento natural (por mil habitantes)	13,14	12,92	12,63	11,90	10,80	10,51
Tasa de natalidad (por mil habitantes)	16,97	16,85	16,78	16,00	14,97	14,86
Tasa global de fecundidad (por mujer)	1,99	1,96	1,95	1,86	1,76	1,75
Tasa de reproducción (por mujer)						
Bruta	0,972	0,954	0,95	0,907	0,857	0,853
Neta	0,972	0,954	0,95	0,906	0,856	0,856
Tasas de mortalidad						
General (por mil habitantes)	3,83	3,93	4,15	4,09	4,17	4,35
Hombres	4,29	4,48	4,74	4,59	4,64	4,97
Mujeres	3,35	3,37	3,56	3,58	3,68	3,73
Niñez (0 - 4 años) (por mil nacimientos)	11,34	11,51	10,29	10,43	9,88	8,9
Hombres	12,32	12,68	10,82	11,39	10,71	9,71
Mujeres	10,3	10,29	9,75	9,42	9,01	8,04
Infantil (por mil nacimientos)	9,78	10,05	8,84	9,07	8,66	7,76
Hombres	10,44	11,13	9,27	9,96	9,4	8,43
Mujeres	9,1	8,91	8,39	8,13	7,88	7,04
Neonatal (por mil nacimientos)	7,1	7,23	6,44	6,74	6,45	6,77
Hombres	7,74	8,03	7,03	7,57	6,89	6,59
Mujeres	6,43	6,39	5,83	5,87	5,99	6,95
Post neonatal (por mil nacimientos)	2,68	2,82	2,4	2,33	2,21	1,87
Hombres	2,7	3,1	2,25	2,39	2,52	1,84
Mujeres	2,67	2,52	2,56	2,26	1,89	1,89
Materna (por diez mil nacimientos)	3,77	1,91	2,67	2,31	1,98	2,65
Esperanza de vida al nacimiento	78,8	79,1	79,4	79,1	79,6	79,9
Hombres	76,4	76,6	76,9	76,6	77,1	77,4
Mujeres	81,2	81,6	82	81,6	82,1	82,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Costa Rica, 2016.

En el cuadro 1, se presentan los principales indicadores demográficos del país durante el período 2005-2015. Durante los años de estudio se observa la mejora en los indicadores de salud de la población como por ejemplo la mortalidad en los niños de 0 a 4 años, la cual pasó de 11,34 a 8,9 por mil nacimientos en esos seis años.

La fecundidad mantiene su tendencia al descenso. En el año 2005 las mujeres tenían en promedio 1,99 hijos al final de su período fértil, para el año 2015 se reduce a 1,75 hijos/mujer.

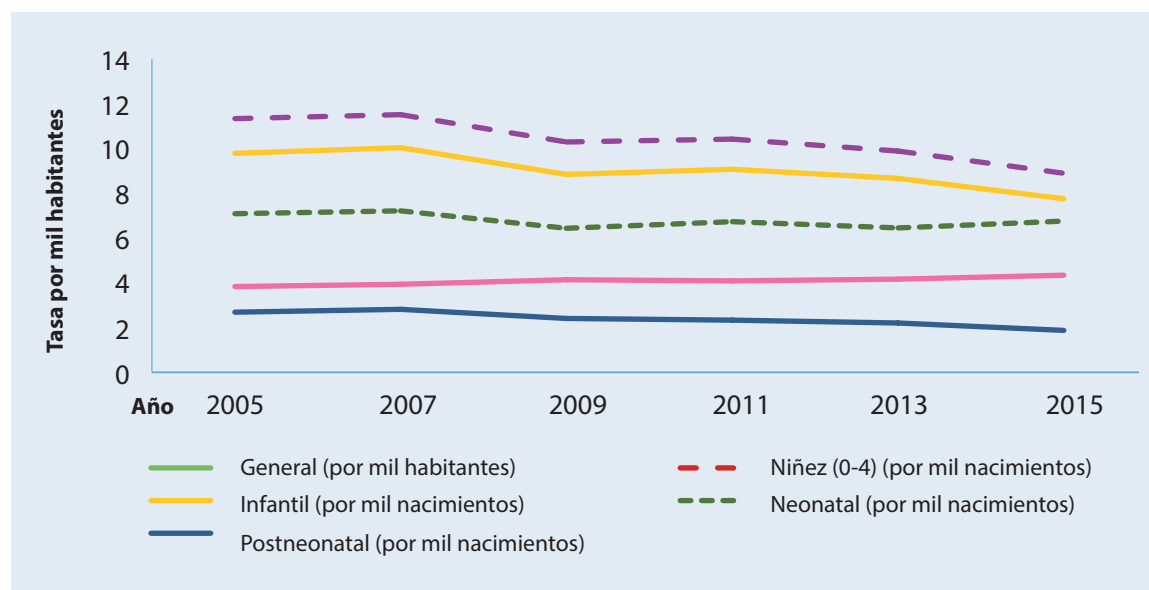
Otro indicador de alta relevancia es la tasa de mortalidad infantil, que muestra una tendencia al descenso, pasando de 9,78 por

mil en el 2005, a 7,76 muertes/mil nacimientos en el 2015. Esta es la tasa de mortalidad infantil más baja en la historia de nuestro país.

La mortalidad neonatal y la mortalidad post neonatal, los dos componentes de la mortalidad infantil presentan una disminución, la primera pasó de 7,10 a 6,77 muertes/ mil nacimientos y la segunda de 2,68 a 1,87, muertes/ mil nacimientos.

En el 2015 fallecieron 19 mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, lo que da como resultado una razón de mortalidad materna de 2,65 defunciones por cada diez mil nacimientos. La mayor reducción en este indicador se presentó en los años 2007 y 2013.

Gráfico 2
Tendencias de los principales indicadores de mortalidad, Costa Rica, 2005-2015.

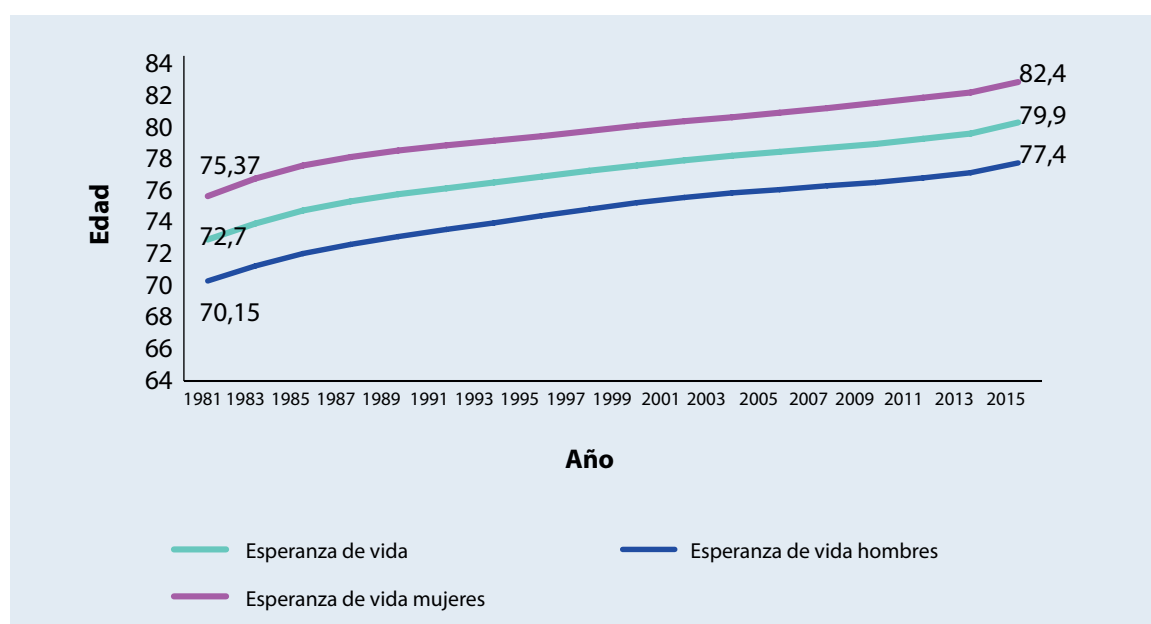


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2005-2015, Costa Rica.

La esperanza de vida al nacer es un promedio de años que vive una determinada población nacida en el mismo año. Junto con indicadores como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), la tasa de mortalidad y el ingreso per cápita, son de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de vida de una región.

La esperanza de vida aumentó en 0,67 años, pasando de 79,23 a 79,9 años en el 2013. En el 2013, mantuvo el puesto 35 de los 191 países que publican su esperanza de vida. Estos números indican que los habitantes de Costa Rica tienen una esperanza media-alta, en lo que respecta al resto de países.

Gráfico 3
Tendencia de la esperanza de vida al nacer en Costa Rica, 1981-2015.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Costa Rica, 2016.

La esperanza de vida al nacer es un indicador global, una medida resumen sobre el nivel de la mortalidad. Expresa el promedio de años que se espera viva una persona bajo las condiciones de mortalidad del período en que se calcula y constituye de hecho un indicador sintético por excelencia para caracterizar las condiciones de vida, de salud, de educación y de otras dimensiones sociales de un país o territorio.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Diabetes mellitus

La última encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular efectuada por la CCSS para el 2014, indica que la prevalencia de Diabetes mellitus diagnosticada fue de un 10% y la de la no diagnosticada fue de 2.8%, siendo mayor para el sexo femenino (11.6% vs 8.4%).

Durante el año 2016 se notificaron 7.812 casos nuevos de *Diabetes mellitus*, que representa una tasa de 159,74 por cada 100.000 habitantes. La provincia con mayor tasa de incidencia de esta enfermedad fue

Puntarenas, con una tasa de 210,22 por cada 100.000 habitantes y la provincia de Heredia fue la que presentó la menor incidencia, con una tasa de 99,03 por 100.000 habitantes.

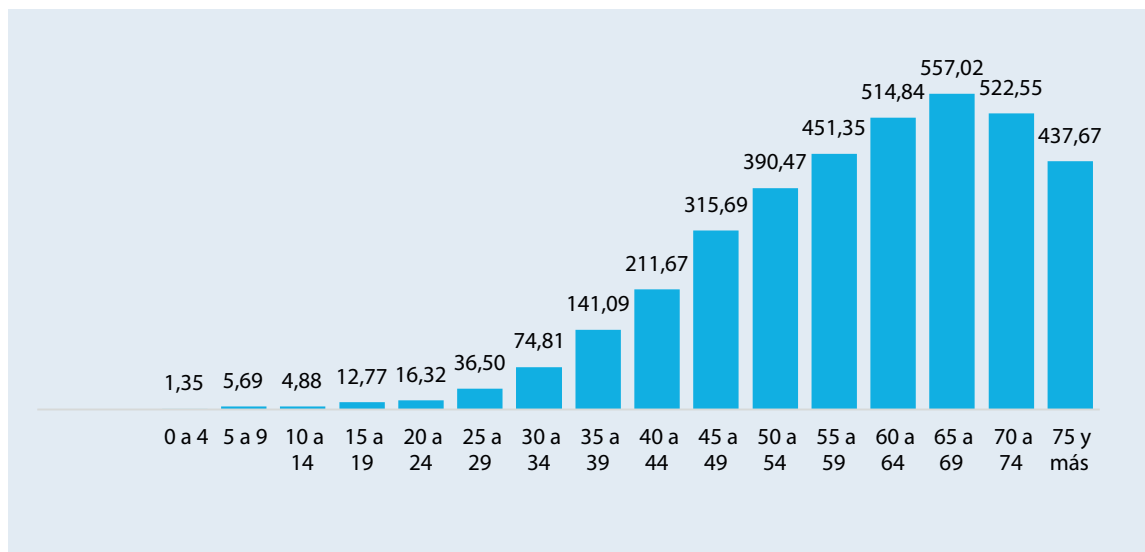
Cuadro 2
Tasa de incidencia¹ de Diabetes mellitus tipo 2, según provincia, Costa Rica, 2016.

Provincia	Número de Casos	Tasa
Puntarenas	997	210,22
San José	3096	192,64
Cartago	975	185,46
Limón	746	169,93
Guanacaste	433	116,59
Alajuela	1072	109,95
Heredia	493	99,03
Total	7812	

Fuente: Ministerio de Salud Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica.

El grupo de edad más afectado fue el de 65 y 69 años de edad, con una tasa de 557,01 casos por cada 100.000 personas.

Gráfico 4
Tasa de incidencia de *Diabetes mellitus*, según grupo de edad, Costa Rica, 2016.²



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica.

¹ Datos preliminares

² Datos preliminares

Hipertensión Arterial

Según la encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular efectuada por la CCSS para el 2014, la prevalencia de *Diabetes mellitus* diagnosticada fue de un 31.2% y la de la no diagnosticada fue de 5.0%, siendo mayor para el sexo femenino (34.2% vs 28.2%).

Durante el año 2016, se diagnosticaron 11.821 personas con hipertensión arterial, lo

que corresponde a una tasa de 241, 72 por cada 100.000 habitantes. La provincia con mayor incidencia es San José con 5.203 casos para una tasa de 323,74 por cada 100.000 habitantes.

Las mujeres presentaron una tasa de 259, 77 mientras que los hombres de 224,07 por 100.000 habitantes.

Cuadro 3

Tasa de incidencia de hipertensión arterial, por provincia, año 2016, Costa Rica.³

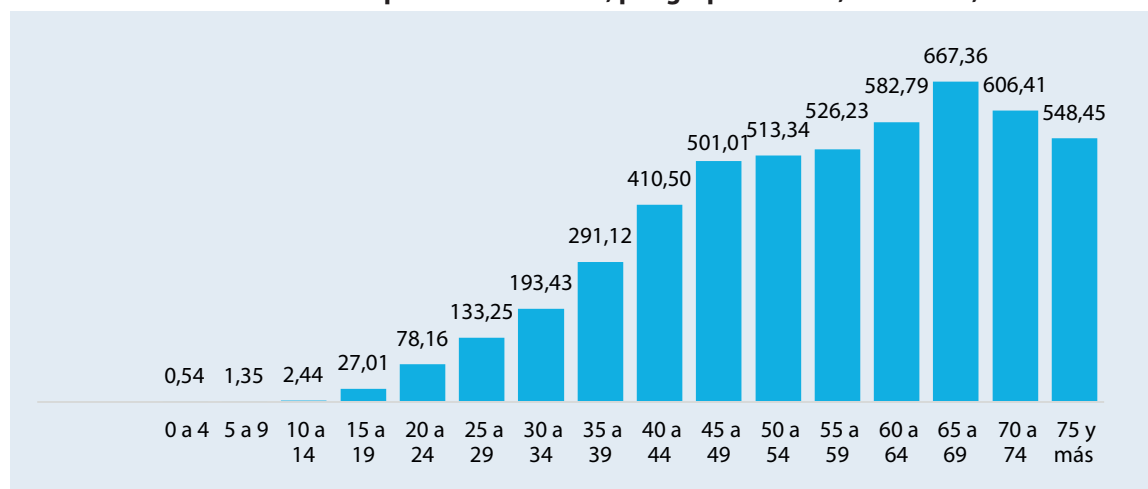
Provincia	Número de Casos	Tasa
San José	5203	323,74
Cartago	1491	283,61
Puntarenas	1217	256,61
Limón	840	191,34
Alajuela	1739	178,35
Guanacaste	592	159,41
Heredia	739	148,45

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Al igual que en la *Diabetes mellitus*, el grupo de edad más afectado con hipertensión arterial es el de 65 a 69 años, con una tasa de 667,36 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 5

Tasa de incidencia de hipertensión arterial, por grupo de edad, Costa Rica, 2016.⁴



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

³ Datos preliminares

⁴ Datos preliminares

Mortalidad general

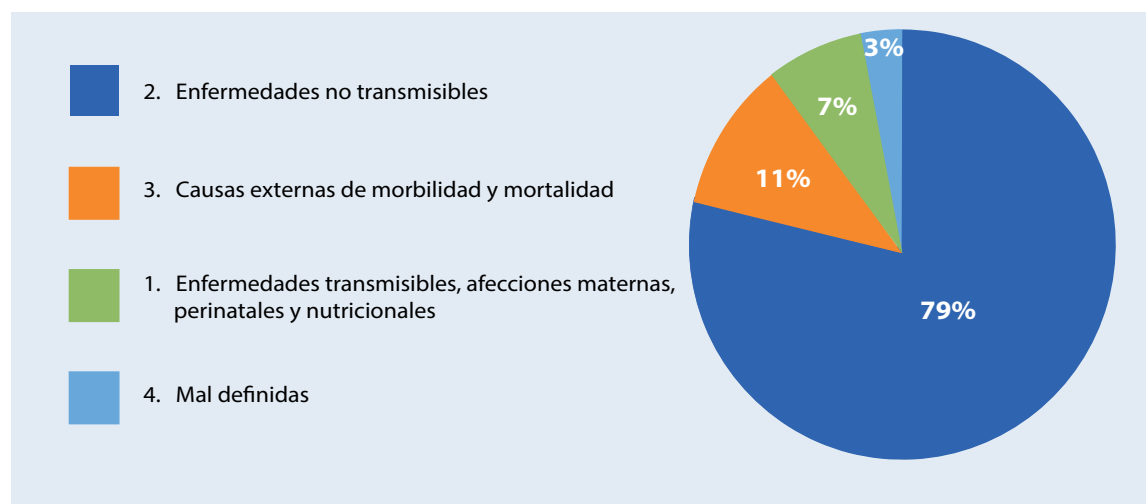
En Costa Rica el grupo más importante de mortalidad lo representan desde hace varios años las enfermedades no transmisibles, que suman un 79% de todas las causas de mortalidad, entre las que sobresalen ampliamente las cardiovasculares y los tumores malignos. Le siguen en una proporción menor los padecimientos digestivos y respiratorios crónicos.

El segundo gran grupo corresponde a las causas externas, con un 11%, entre las que

destacan los accidentes de todo tipo y lesiones no intencionadas.

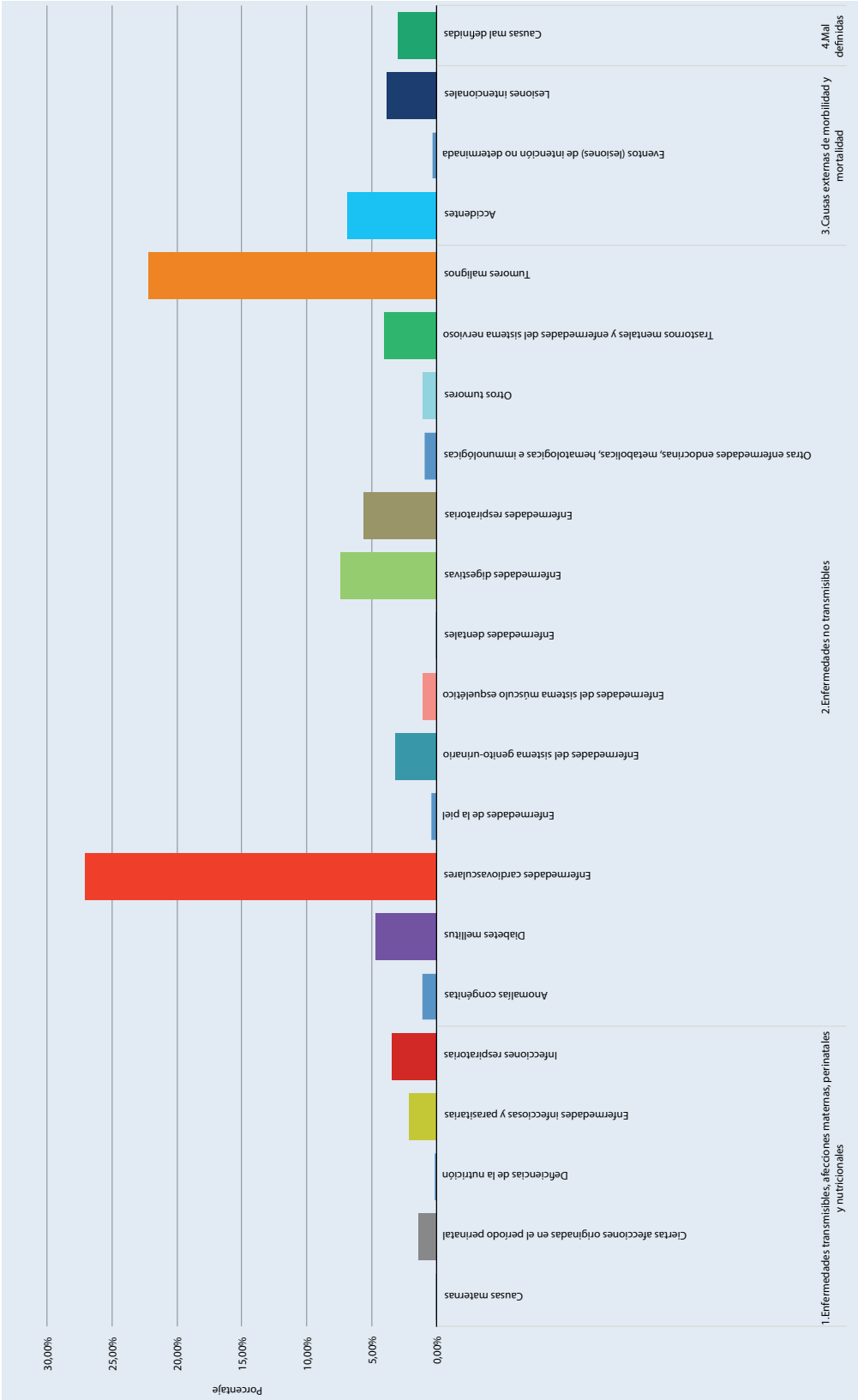
En tercer lugar, se ubican las enfermedades transmisibles y afecciones maternas, perinatales y nutricionales con un 7%, siendo las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias, las más importantes. El último grupo, lo constituyen las afecciones “mal definidas” con un 3%. Gráfico 6 y 7.

Gráfico 6
Porcentaje de mortalidad según causa, Costa Rica, 2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Gráfico 7
Porcentaje de mortalidad según causas y sub causas, Costa Rica, 2015.



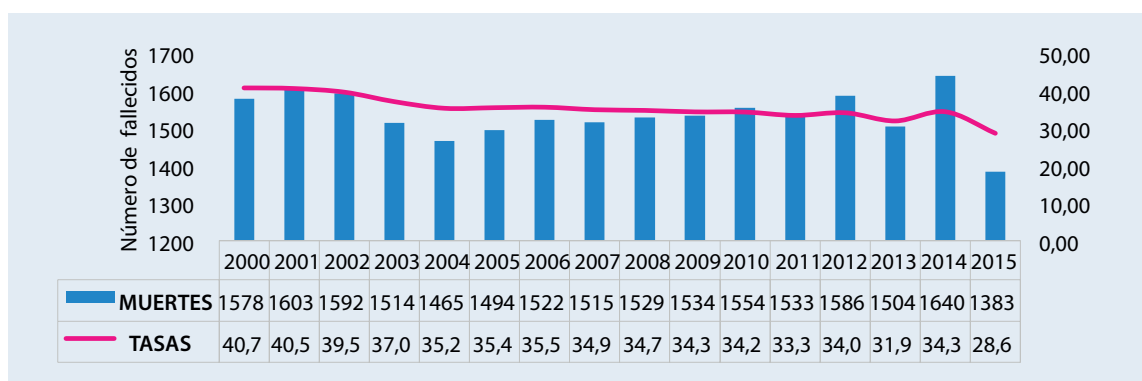
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Mortalidad por infarto agudo al miocardio

La mortalidad por infarto agudo de miocardio ha presentado una tendencia descendente a partir del año 2001, a pesar de que en el 2014 presentó una elevación.

Según cifras preliminares el año 2015 presentó la tasa más baja de mortalidad por esta causa en los últimos 15 años. En todo caso, se espera que las políticas para el control del fumado reflejen su impacto a mediano plazo, de tal forma que se ratifique el descenso e incluso se acelere.

Gráfico 8
Tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio, Costa Rica, 2000-2015.⁵



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Cuadro 4
Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio⁶
según causa específica, Costa Rica, 2014-2015.

Causa específica	2014		2015	
	Número	Tasa ⁷	Número	Tasa
Total	6.049	99,29	5.689	98,07
Enfermedades isquémicas del corazón	3.009	48,52	2.690	47,93
Enfermedades cerebrovasculares	1.368	22,82	1.254	22,54
Enfermedades hipertensivas	664	10,75	677	10,62
Otras formas de enfermedad del corazón	645	10,73	684	10,60
Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares	129	2,49	173	2,46
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	83	1,74	75	1,72
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	40	1,07	41	1,06
Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	87	1,07	73	1,06
Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	23	0,10	22	0,10
Fiebre reumática aguda	1	0,00	0	0,00

Fuente: INEC, Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

⁵ Datos preliminares

⁶ Códigos del 100-199 de la Clasificación Internacional de Enfermedades

⁷ Tasas por 100.000 habitantes.

Cuadro 5
Número de muertes prematuras⁸ por enfermedades crónicas
no transmisibles, Costa Rica, 2013-2015.

Causa	2013	2014	2015
Enfermedades del sistema circulatorio	1.649	1741	1.623
Cánceres	1.964	1961	2.111
Enfermedad isquémica del corazón	878	969	879
Enfermedad cerebro vascular	295	333	282
Diabetes mellitus	277	284	335
Enfermedad respiratoria crónica	181	168	187
Enfermedad renal crónica	127	157	121
Enfermedad hipertensiva	5	12	22

Fuente: INEC, Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

La mortalidad absoluta por enfermedades del sistema circulatorio presentó un descenso en el último trienio, sin embargo, la mortalidad por cáncer va en aumento relativo al igual que los fallecimientos por *Diabetes mellitus*.

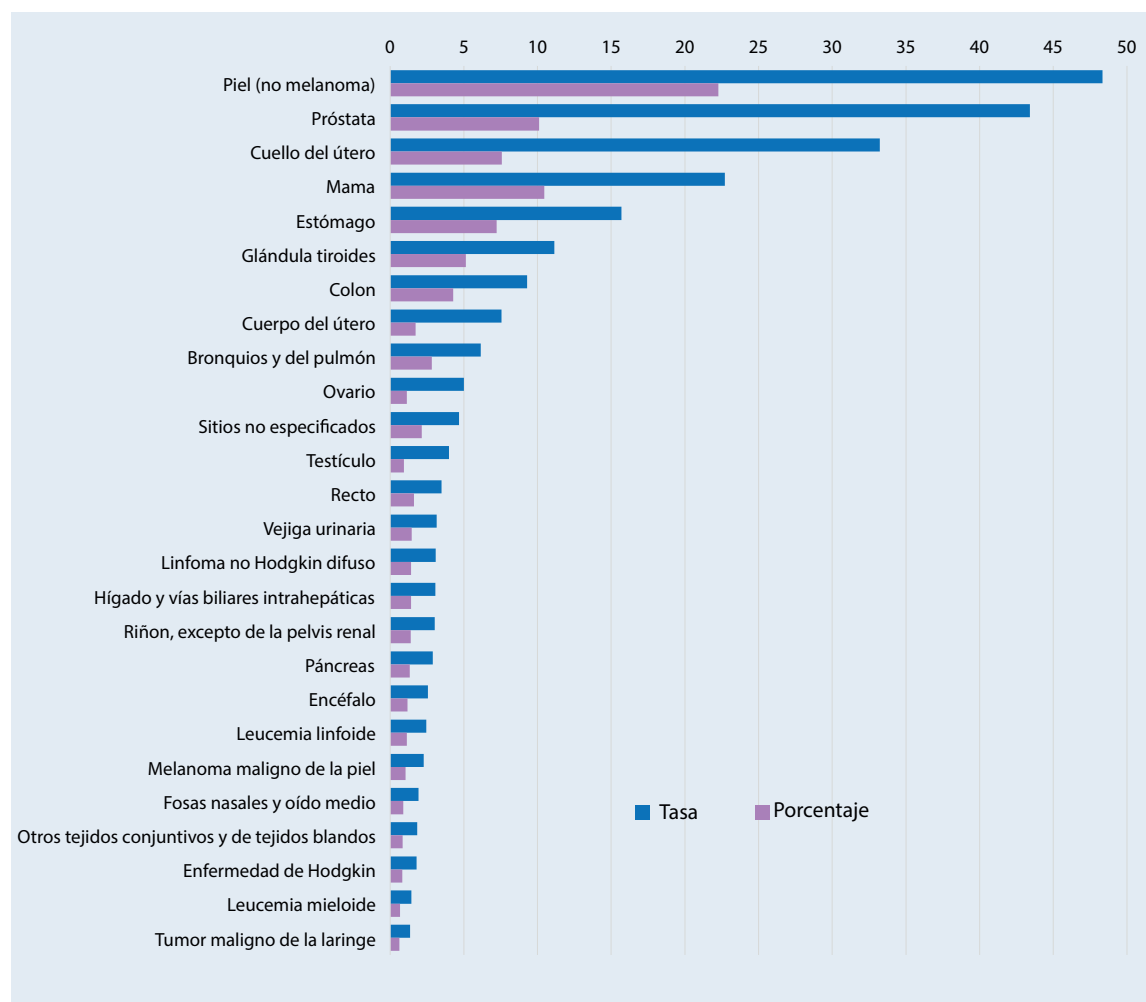
Cáncer

Situación del cáncer en Costa Rica

Los principales tipos de cáncer en la población de Costa Rica según incidencia son: piel, próstata, cuello del útero, mama y estómago, cuyas tasas preliminares para el 2015 se presentan en el gráfico 9.

⁸ 30 a 69 años

Gráfico 9
Tasa de incidencia⁹ y distribución porcentual de los tumores malignos
más frecuentes, según sitio anatómico, Costa Rica, 2005-2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Se observa que ocupando el primer lugar, los tumores malignos de piel (no melanoma) representan un 22,3% todas las causas de incidencia de cáncer, para una tasa por 100.000 habitantes de 48,3. Lo anterior corresponde entre otros factores, a la relativa facilidad de detección y los determinantes asociados a factores de exposición solar.

Tomando como base la tasa de incidencia, los tres que le siguen corresponden a órganos relacionados con la reproducción, iniciando por el de próstata con 43,4, cuello del útero con 33,2 y mama con 22,7. En quinto lugar se encuentra el cáncer de estómago con una tasa de 15,6, seguido del de glándula tiroides con 11,1 y el de colon con 9,3.

⁹ Tasas por 100.000 habitantes.

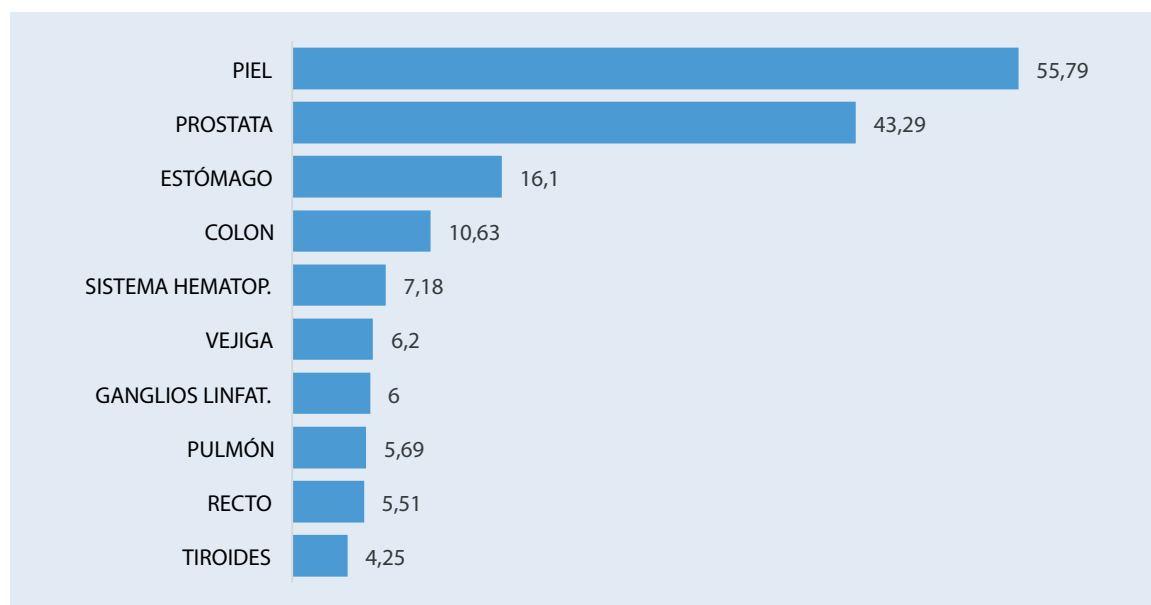
Nota: Para Próstata, Cuello del Útero, Cuerpo del útero y Testículo, los denominadores fueron considerados de acuerdo al sexo de ocurrencia. La distribución porcentual corresponde a la frecuencia absoluta de todos los sitios anatómicos, incluso los no consignados en la lista de los primeros 26.

Incidencia de tumores malignos más frecuentes por sexo

Los cinco principales tumores malignos que afectan a la población masculina en Costa Rica son, en primer lugar el cáncer de piel, con una tasa de 55,79 por cada 100.000

hombres, el segundo lugar lo ocupa el cáncer de próstata con una tasa de 43,29, en el tercer lugar se encuentra el cáncer de estómago con una tasa de 16,10, y en cuarto y quinto lugar el cáncer de colon que registra una tasa de 10,63 y el sistema hemapoyetico con una tasa de 7,18. Gráfico 10.¹⁰

Gráfico 10
Tasa de incidencia de tumores malignos en la población masculina, según sitio anatómico, Costa Rica, 2005-2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores, Costa Rica, 2016.

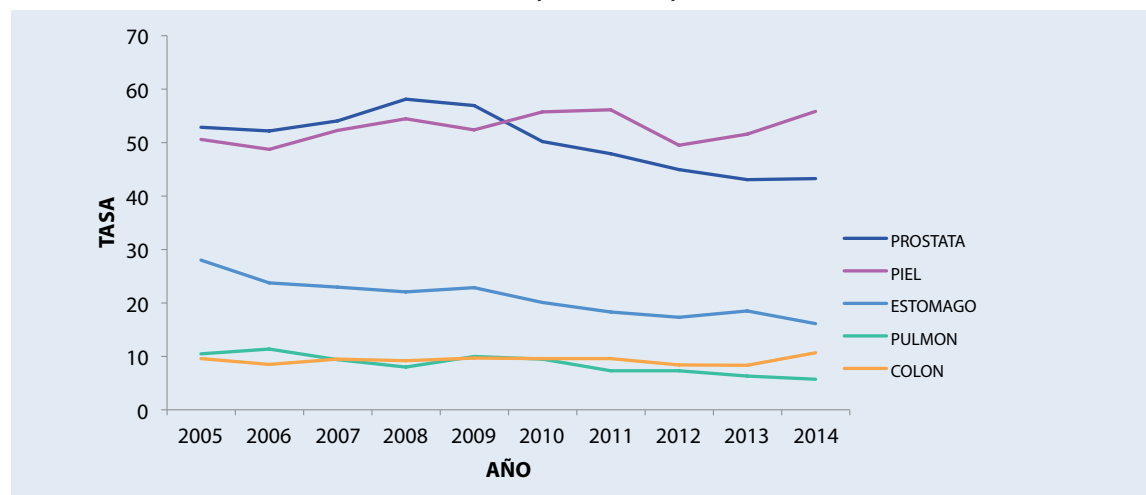
El gráfico 11 presenta la tasa de incidencia de tumores malignos ajustada por edad¹¹, en

hombres, según sitio anatómico.

¹⁰ Todas las tasas por 100.000 hombres

¹¹ Tasa por 100.000 hombres

Gráfico 11
Tasa de incidencia de tumores malignos en hombres según
sitio anatómico, Costa Rica, 2005-2014.

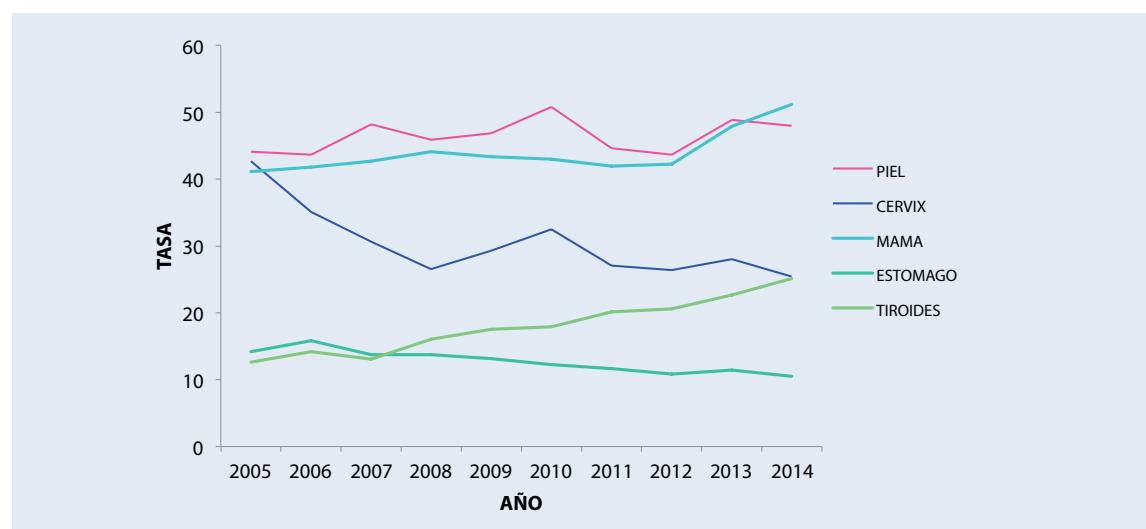


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores.

El principal tipo de cáncer que afectó a las mujeres durante el año 2014, fue el de mama, con una tasa de 51,21 por cada 100.000 mujeres, en segundo lugar se encuentra el cáncer de piel con una tasa de 47,96 y en tercer lugar el cáncer

de cérvix con una tasa de 25,42. Luego le siguen el cáncer de tiroides que afecta a 25,10 mujeres de cada 100.000 y el quinto lugar lo ocupa el cáncer de estómago con una tasa de 10,51. Gráfico 12.

Gráfico 12
Tasa de incidencia¹² de tumores malignos en mujeres según
sitio anatómico, Costa Rica, 2005-2014.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores.

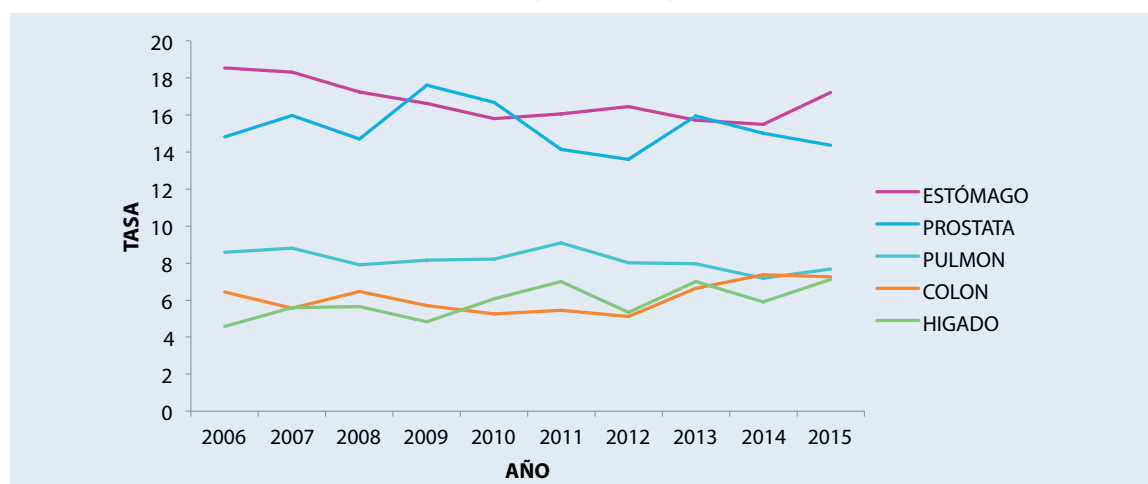
¹² Tasa por 100.000 mujeres

Mortalidad por cáncer

En el 2015, La mortalidad por cáncer en Costa Rica registró una tasa bruta de 96,5 muertes por cada 100.000 habitantes. En los hombres,

la tasa ajustada de mortalidad por cáncer fue en orden descendente: estómago (15,49), próstata (15,02), colon (7,36), pulmón (7,18) e hígado (5,89).

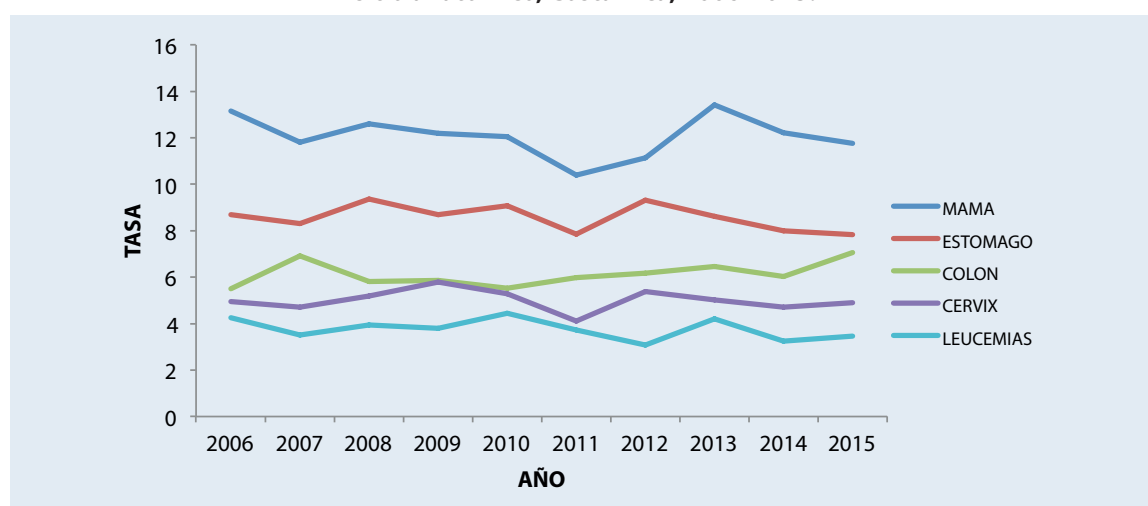
Gráfico 13
Tasa de mortalidad¹³ por tumores malignos en hombres, según sitio anatómico, Costa Rica, 2006-2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores.

En las mujeres, la mortalidad se presentó en orden descendente según localización en: mama (12,21), estómago (7,99), colon (6,03), cuello uterino (4,71) y páncreas (4,27).

Gráfico 14
Tasa de mortalidad¹⁴ por tumores malignos en mujeres, según sitio anatómico, Costa Rica, 2006-2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores.

¹³ Tasas ajustadas por edad por 100,000, método directo, población mundial estándar.

¹⁴ Tasas ajustadas por edad por 100,000, método directo, población mundial estándar.

La notificación del cáncer se ha mantenido en forma constante gracias a la declaración del mismo como enfermedad de notificación obligatoria, mediante el decreto ejecutivo vigente desde 1976.

La implementación desde el año 2013 del Sistema de Información del Registro Nacional de Tumores, ha permitido disminuir significativamente el tiempo de procesamiento de los datos, para contar con información más oportuna que contribuya no solamente a la toma de decisiones, sino también a la planificación, elaboración de

programas, implementación de políticas y ejecución de presupuesto relacionados con el tema del cáncer.

Desnutrición

Valorando los eventos que coinciden con los lineamientos de la norma nacional de uso de las gráficas antropométricas y la notificación obligatoria, se observa que para el 2016 se presentó un único caso de Kwashiorkor marasmático en un niño del grupo de 0-4 años y uno de marasmo nutricional en una adulta mayor del grupo de 75 años y más.

Cuadro 6
Porcentaje de casos de desnutrición, Costa Rica, 2014-2016.

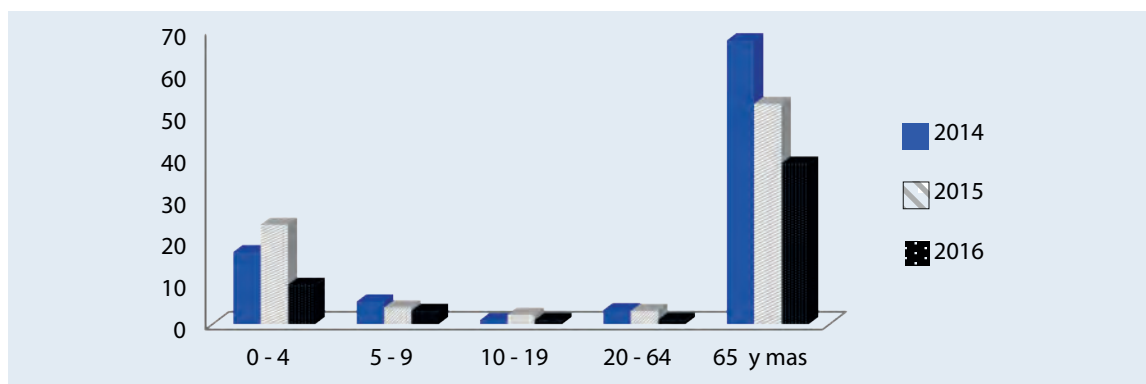
Causa	2014	2015	2016	Total
Desnutrición proteico calórica	184 (7,0 %)	191 (32,9)	107 (45,1%)	482 (44,1%)
Kwashiorkor	8 (0,3%)	4 (0,7%)	1 (0,4%)	13 (1,2%)
Marasmo nutricional	4 (0,15%)	4 (0,7%)	0	8 (0,7%)
Kwashiorkor marasmático	0	2 (0,35 %)	1 (0,4%)	3 (0,3%)
Retardo en talla	79 (28,7%)	379 (65,3%)	128 (54,0%)	586 (53,7%)
Total	275	580	237	1.092

Fuente: INEC, Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

El mayor número de casos de desnutrición severa corresponden a los grupos de edad de 0-4 años y de 75 y más, seguidos del grupo de

5-9 años y de 70-74 años con una distribución semejante según sexo.

Gráfico 15
Tasa¹⁵ de desnutrición proteico calórica severa, según grupo de edad,
Costa Rica, 2014-2016.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2014-2016.

En el 2016 se registraron 128 casos de desnutrición con retardo en talla. La mayoría pertenecía al grupo de 0-4 años, seguido por el de 5-9 años.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Dengue

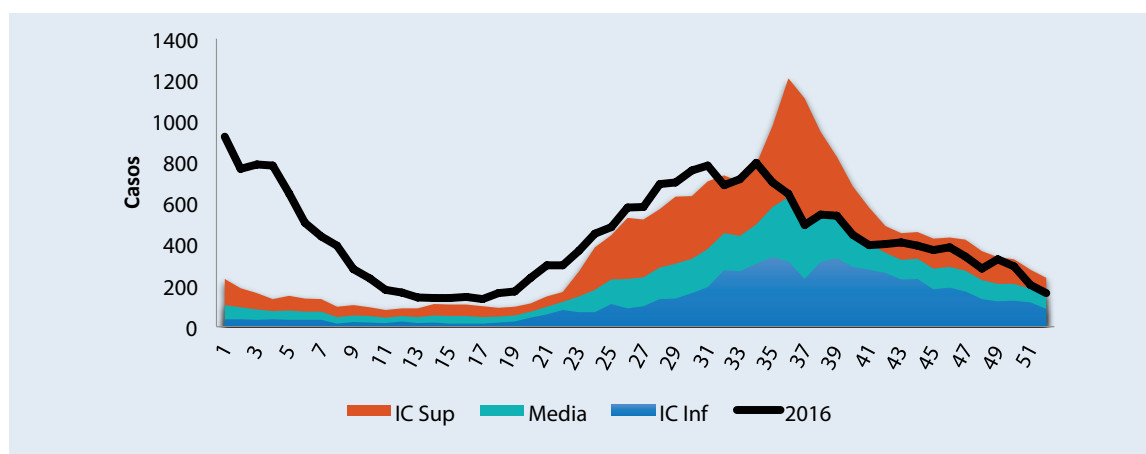
En el año 2016 se notificaron 22,897 casos de dengue, lo cual representó una tasa de 468,2 casos por 100.000 habitantes. Con respecto al año anterior, se observa un incremento del

31,30 %, (17.439 casos). Las Regiones Central Norte, Brunca, Pacífico Central y Chorotega aportaron el 80 % de los casos del país.

No obstante lo anterior, a partir del mes de agosto (semana 34), se presentó una desaceleración en el número de casos reportados saliendo el país de la situación de epidemia.

Se registraron 19 casos de dengue grave y no se reportaron defunciones.

Gráfico 16
Canal endémico de dengue, Costa Rica, 2016.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

¹⁵ Tasas por 100 000 habitante.

Malaria

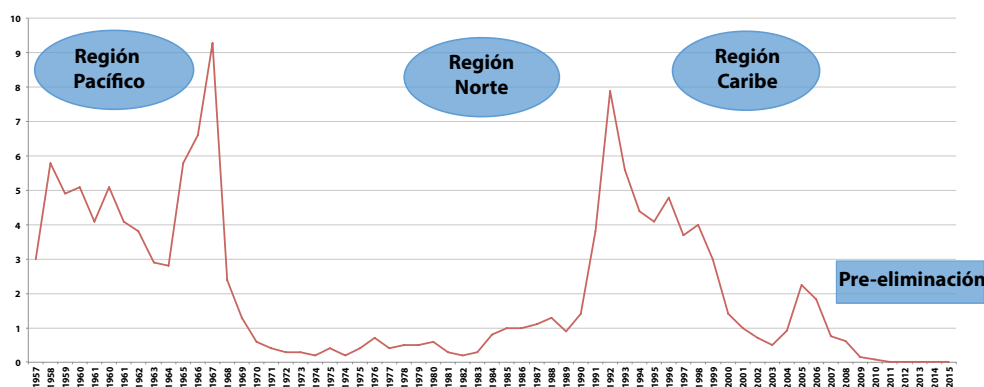
Se registraron 13 casos de malaria con índice parasitario anual (IPA) de 0,007 por 1000 habitantes. Del total de casos, nueve (69%) se clasificaron importados y únicamente cuatro (30,8%) fueron autóctonos.

De los importados, seis (67%) correspondieron a *P. vivax* y los otros tres (33,3%) fueron de

la especie *P. falciparum* y provinieron de la República del Congo, Colombia y Mozambique.

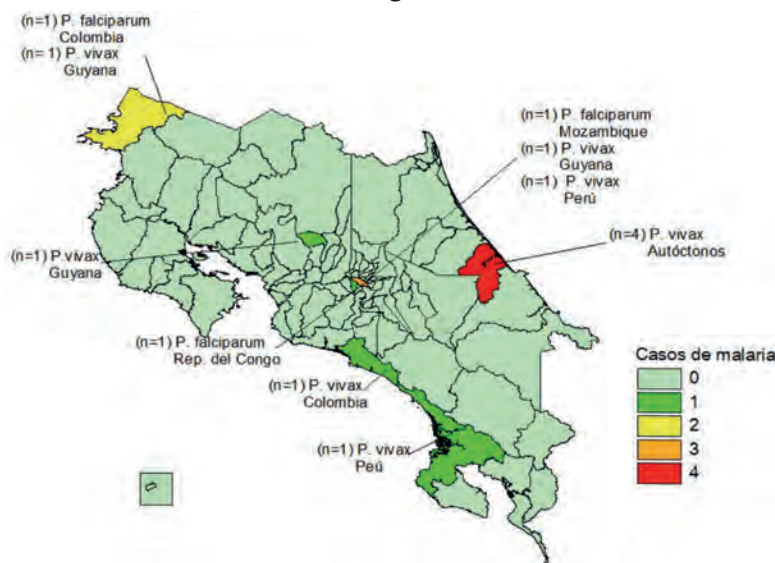
Los cuatro casos autóctonos se presentaron después de un período de tres años, en los cuales el país no había notificado casos de transmisión local. Correspondieron a casos aislados sin antecedentes de viajes recientes fuera del país, residentes de la localidad de Saborío del distrito Carrandi, cantón de Matina.

Gráfico 17
Tasa de incidencia¹⁶ de malaria, 1957-2013, Costa Rica.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica.

Figura 1
Casos de malaria según cantón



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica.

¹⁶ Tasas por 100 000 habitantes.

Enfermedad de Chagas

En el año 2016, el Centro Nacional de Referencia en Parasitología (CNRP) del INCIENSA diagnosticó 40 casos de enfermedad de Chagas crónica, provenientes de los donantes de sangre del país y nueve casos captados en los servicios de salud.

Durante el mes de noviembre, se realizó una búsqueda activa de casos de la enfermedad, por medio de una encuesta serológica en estudiantes de la escuela Finca La Caja de la Carpio, en la cual participaron 920 niños con una prevalencia del 0,4%.

Para la vigilancia entomología pasiva de la enfermedad de Chagas, ingresaron al CNRP 174 insectos de los cuales el 94%, eran vectores de la enfermedad, (98,16% de *Triatoma dimidiata*)

Chikungunya

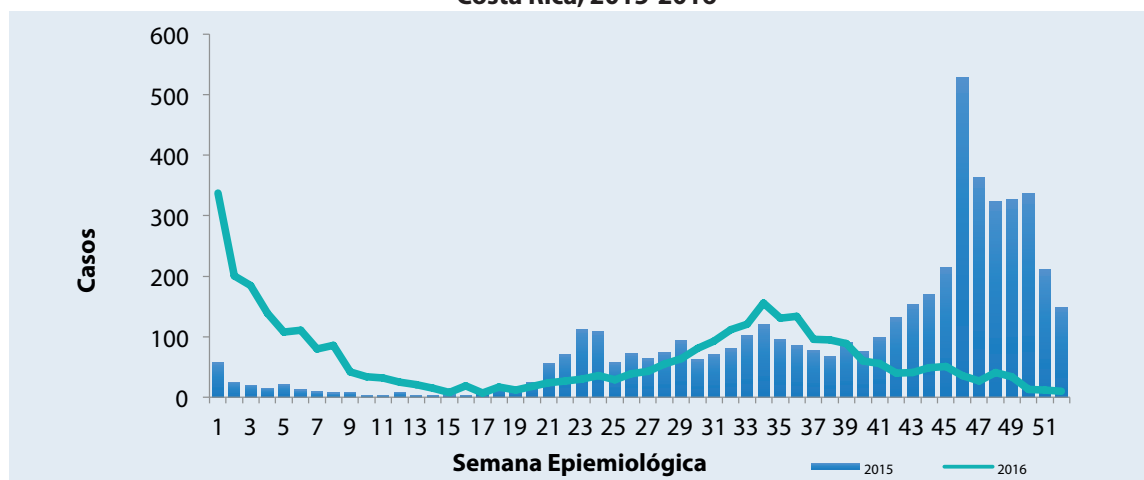
En el año 2016 se notificaron 3422 casos de Chikungunya que representan una tasa de 70,0 por 100.000 habitantes, observándose una disminución del 30.23 % en el número de casos con respecto al año anterior. Las regiones más afectadas fueron la Pacífico Central, Chorotega y Huetar Caribe que aportan el 96,5 % de los casos registrados.

Cuadro 7
Casos de Chikungunya y porcentaje de variación relativa según región,
Costa Rica 2015-2016.

Chorotega	2.514	1.177	-53,18
Pacífico Central	969	1.201	23,94
Central Norte	259	431	66,41
Huetar Caribe	917	464	-49,40
Central Sur	169	121	-28,40
Central Este	38	13	-65,79
Central Occidente	16	1	-93,75
Huetar Norte	13	10	-23,08
Brunca	10	4	-60,00
TOTAL	4.905	3.422	-30,23

Fuente: INEC, Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Gráfico 18
Casos de Chikunguya por semana epidemiológica,
Costa Rica, 2015-2016



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Zika

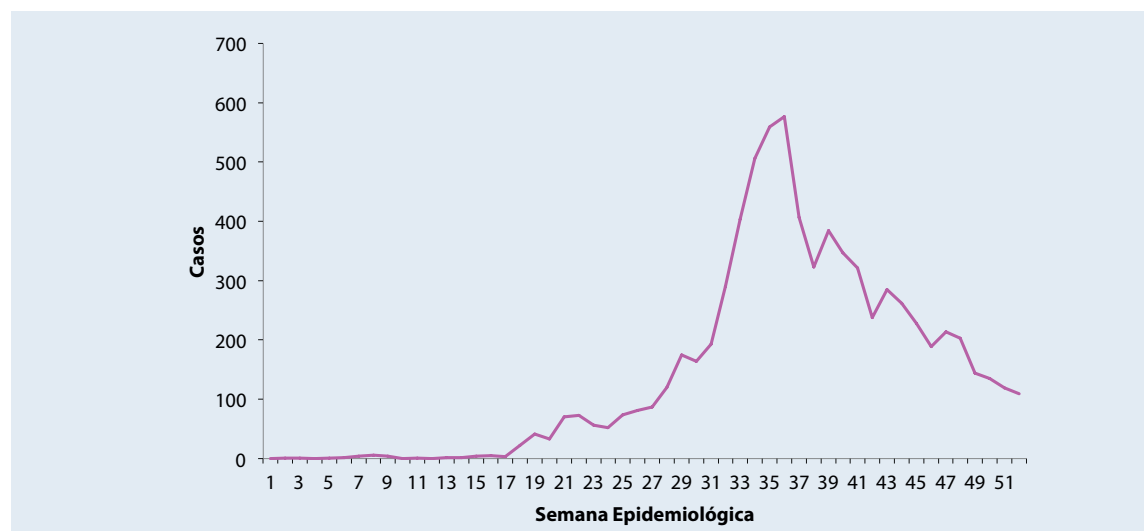
En el 2016 se documentó el inicio de la circulación autóctona del virus Zika en Costa Rica. Se notificaron 7.519 casos de Zika (153,8/100.000 habitantes), de los cuales 1.649 (21,9%) fueron confirmados por laboratorio.

Las Regiones Pacífico Central y Chorotega

aportaron el 81,0% de los casos del país. El 63,7% fueron del sexo femenino y el 58,2% de los casos tenían de 11 a 40 años de edad.

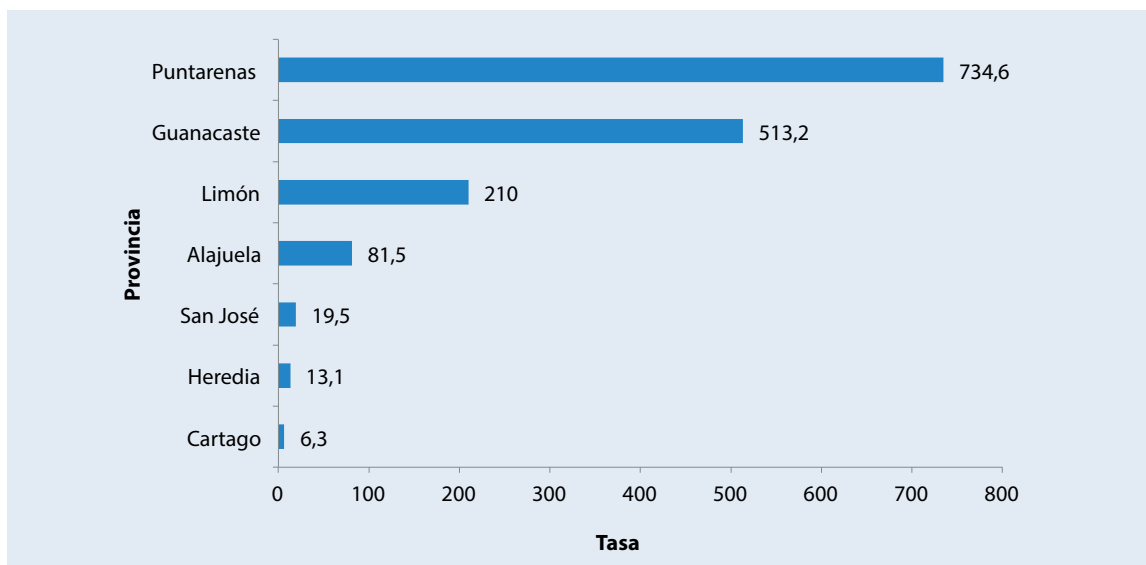
Se confirmaron 150 casos de mujeres embarazadas con Zika, un caso de síndrome congénito y dos de síndrome neurológico ambos asociados al virus Zika.

Gráfico 19
Casos de Zika, según semana epidemiológica, Costa Rica, 2016.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Gráfico 20
Tasa de incidencia¹⁷ de Zika por provincia, Costa Rica, 2016.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Los cantones con las tasas de incidencia más altas por 10.000 habitantes fueron: Garabito (289,0), Orotina (278,5), Esparza (238,4), Nandayure (177,0), Cañas (152,3), Puntarenas (121,9), Matina (102,9) y Santa Cruz (108,2), generando el 74,5% de los casos del país.

Enfermedad diarreica aguda

La Organización Mundial de la Salud ha publicado en sus notas descriptivas, que la enfermedad diarreica aguda (EDA) es una

causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general es consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados.

En Costa Rica desde 1994, las EDA ocupan el segundo lugar en la notificación de enfermedades en el registro colectivo. En el cuadro 8 se observa el comportamiento de las consultas por diarrea, en los servicios de salud en los últimos seis años:

¹⁷ Tasas por 100.000 habitante.

Cuadro 8
Consultas y tasa de incidencia¹⁸ de EDA, Costa Rica, 2011-2016.

Año	Consultas por EDA	Tasa incidencia x 100 mil habitantes
2011	291.439	5.425,59
2012	299.593	6.314,15
2013	337.524	7.071,34
2014	319.175	6.605,12
2015	297.782	6.089,14
2016	270.141	5.523,93

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. Estimación de población (hipótesis probabilística) al 30 de junio de cada año, según sexo y grupos quinquenales de edades 2012-2015 del INEC.

Al analizar el comportamiento de las EDA, se observa que la tasa de incidencia del país (TI) creció del 2011 al 2013, sin embargo, en los años siguientes, presentó una disminución notable.

En el cuadro 9 se presentan los datos preliminares de la información según Región de Salud del Ministerio de Salud. Se observa que la Región Pacífico Central fue la que presentó mayor tasa de consultas por EDA.

Cuadro 9
Consultas y tasa de incidencia¹⁹ por EDA, según región de salud, Ministerio de Salud. Costa Rica, 2016.

Regiones de salud	Número de consultas	Tasa de incidencia
Total	279.141	5.223,93
Central Sur	106.780	7.487,99
Central Norte	51.144	5.413,04
Central Este	25.666	4.545,99
Pacífico Central	22.836	8.020,91
Huetar Caribe	21.515	4.900,77
Brunca	17.689	4.898,06
Chorotega	13.375	3.165,13
Huetar Norte	10.598	4.470,35
Central Occidente	9.538	4.532,58

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. Estimación de población al 30 de junio de cada año del INEC.

¹⁸ Tasa/100 mil habitantes

¹⁹ Tasa/100.000 habitantes

Cuadro 10
Consultas y tasa de incidencia²⁰ de EDA, según grupo de edad, Costa Rica, 2016.

Regiones de salud	Número de consultas	Tasa de incidencia
0 a 4	50.930	13.741,95
5 a 9	22.361	6.054,54
10 a 14	13.526	3.664,13
15 a 19	17.104	4.199,88
20 a 24	29.885	6.870,45
25 a 29	31.226	6.992,97
30 a 34	25.192	5.870,84
35 a 39	19.361	5.252,98
40 a 44	14.313	4.597,39
45 a 49	12.610	4.303,64
50 a 54	11.205	3.955,94
55 a 59	9.041	3.699,57
60 a 64	6.663	3.482,65
65 y más	15.661	4.214,82

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. Estimación de población al 30 de junio de cada año del INEC.

VIH y sida

La prevalencia general de VIH en el 2016 fue de 0,1. De acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA, para el año 2015 la prevalencia en población mayor de 15 años fue de 0,25, en el grupo de 15 a 24 años, de 0,14 y en el de 15 a 49 es de 0,33. La prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) fue de

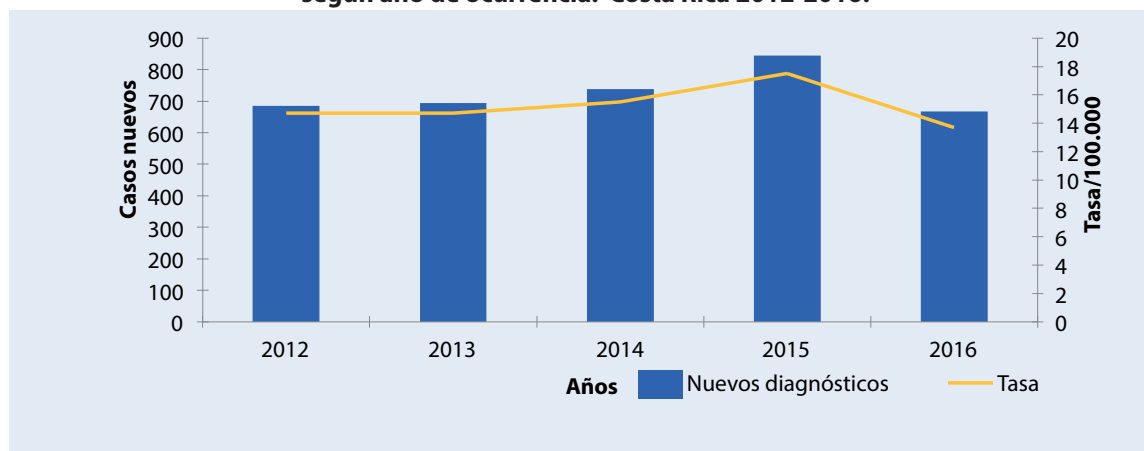
10,9, en mujeres trabajadoras del sexo 0,2 y en embarazadas 0,01.

Infección por VIH-sida

En el período 2012-2016, se registraron 3.660 nuevos casos de VIH-sida (tasa para el período de 76,7 por 100.000 habitantes). En el año 2016 se observó una disminución en el número de nuevos casos.

²⁰ Tasa/100.000 habitantes

Gráfico 21
Tasa de incidencia y número de casos de VIH-sida, según año de ocurrencia. Costa Rica 2012-2016.

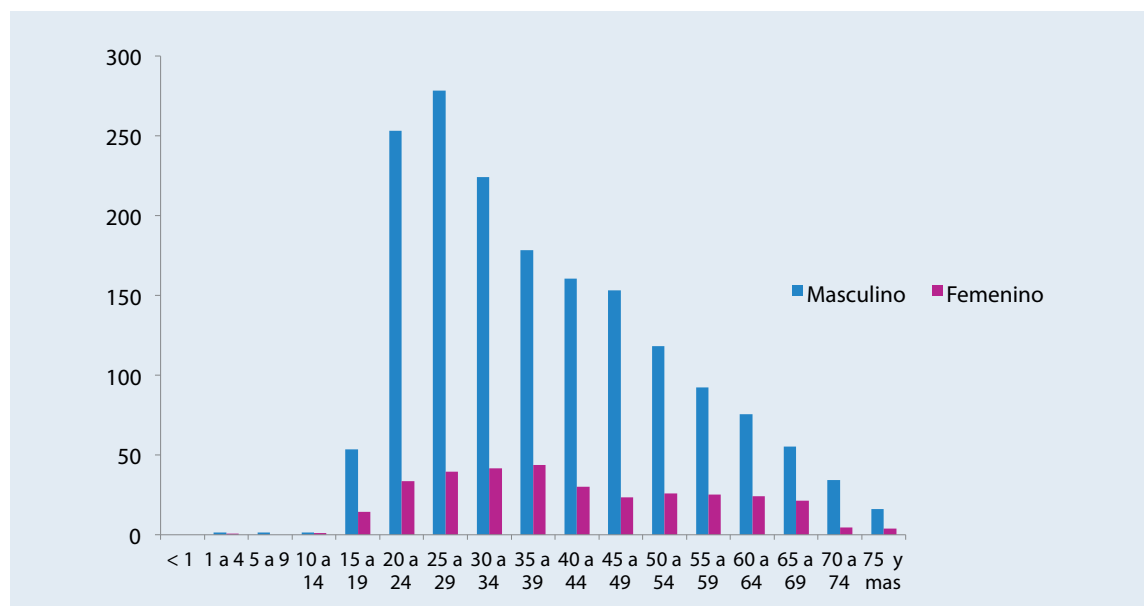


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Los casos nuevos de infección por VIH-sida se presentaron básicamente en el sexo masculino (84,3%), con una razón hombre/

mujer de 5:1. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 49 años, con el 77,7% de los casos del período.

Gráfico 22
Número de casos nuevos de VIH-sida según edad y sexo, Costa Rica, 2012-2016.

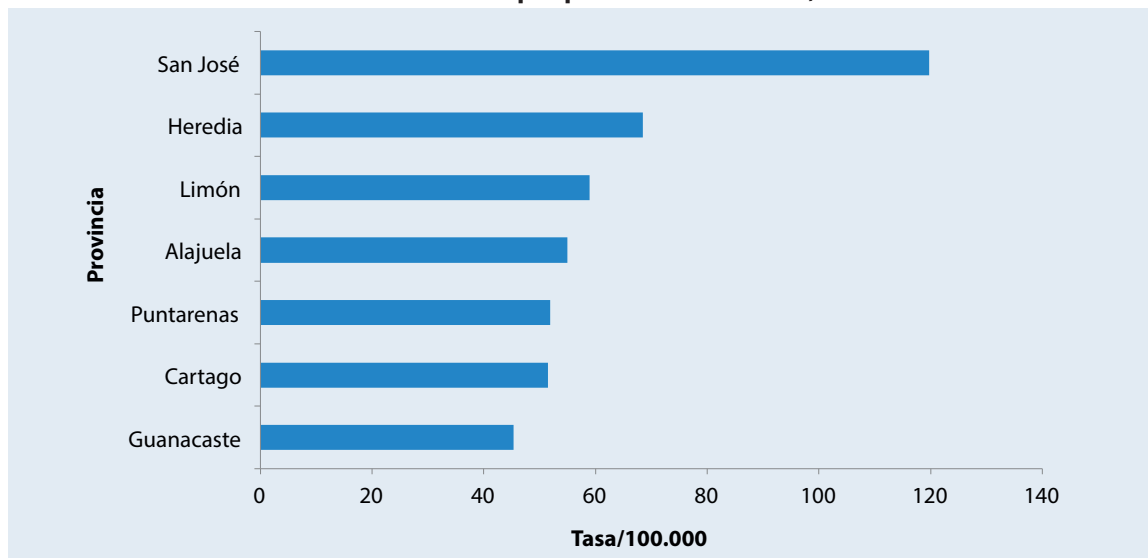


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

La información preliminar muestra que la provincia de San José, registró la tasa más alta de casos nuevos para el período (119.7/100.000 habitantes), lo cual representa el 51.5% de los casos de país. Los cantones

con las tasas más altas fueron: San José (251,5), Montes de Oca (118,9), Heredia (116,0), Limón (113,2), Desamparados (101,9), Tibás (100,6), Goicoechea (98), Puntarenas (88,9) y Alajuela (86,8), con el 55,2% del total de casos del país.

Gráfico 23
Casos nuevos de VIH-sida por provincia. Costa Rica, 2012-2016.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

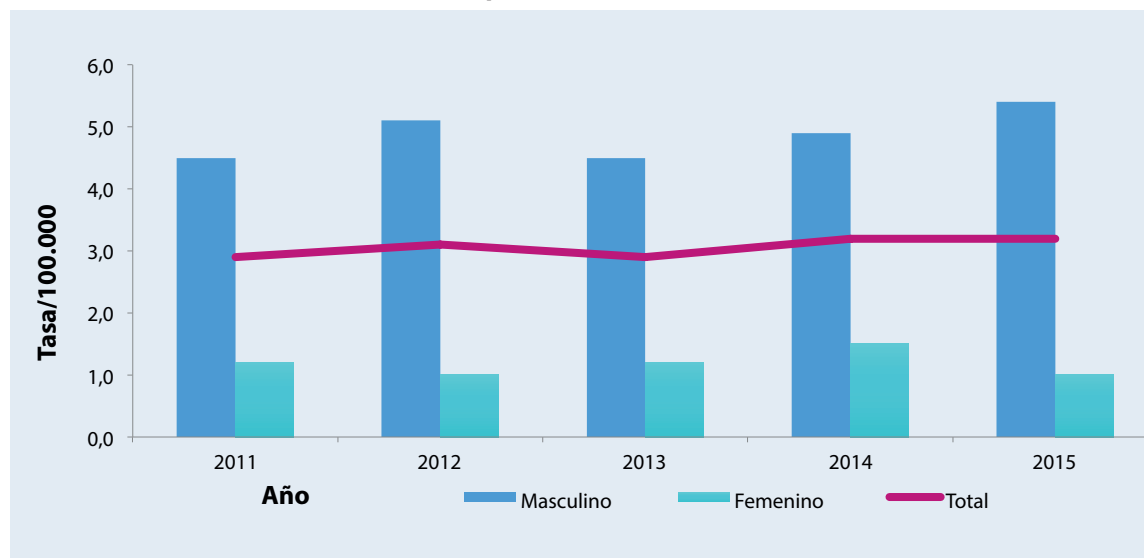
Mortalidad por sida

A partir del año 1985, la tendencia de la mortalidad por sida presentó un incremento sostenido. En el año 1997, debido a la introducción y aumento gradual de la cobertura de la terapia antirretroviral, se comenzó a observar una disminución de

casos y la tendencia a la estabilización de la mortalidad.

Para el período 2011-2015, las tasas de mortalidad por sida en hombres, se mantuvieron por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis.

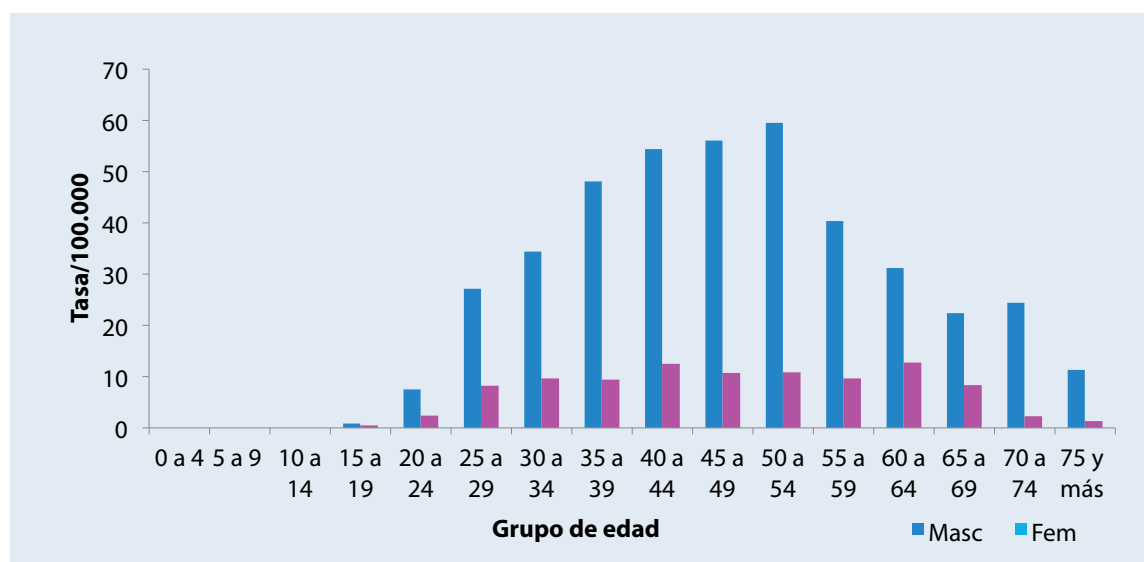
Gráfico 24
Tasa de mortalidad por sida sexo, Costa Rica, 2011-2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

El 80,8% de las defunciones ocurrieron en personas del sexo masculino (24,1 por 100.000 habitantes). El grupo de edad que registró el mayor número de defunciones fue el de 35 a 54 años, representando el 54,8% del total de muertes por esta causa.

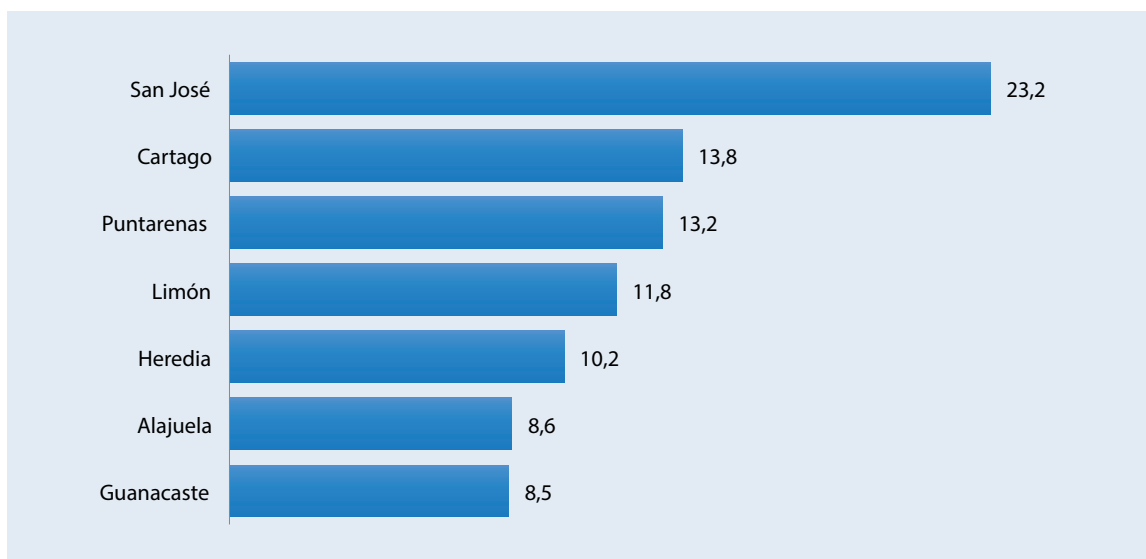
Gráfico 25
Tasa de mortalidad por sida según edad y sexo, Costa Rica, 2011-2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Para el mismo período, la provincia de San José registró la mortalidad más alta por 100.000 habitantes (23,2), con el 51,5% de las defunciones por esa causa.

Gráfico 26
Tasa de mortalidad²¹ por sida según provincia, Costa Rica, 2011-2015.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Los cantones que presentaron la tasa de mortalidad más alta fueron: San José (45,5), Goicoechea (27,2), Alajuelita (25,1), Desamparados (24,8), Cartago (19,6), Tibás (18,4), La Unión (17,8), Puntarenas (16,9) y Alajuela (16,0), representando el 56,7% de los casos del país.

Otros eventos de notificación obligatoria

El Registro Colectivo (VE-02) del Ministerio de Salud, incluye 18 eventos que son de

notificación obligatoria. Esta información proviene de los establecimientos de salud públicos y privados.

Observamos que durante el 2013, la notificación de las consultas por infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS) y por enfermedad diarreica aguda (EDA) ocuparon el 91,69 % del total de eventos registrados y para el 2016, esta situación se comportó de forma similar (91,06%)

²¹ Tasa /100.000 habitantes

Cuadro 11
Tasa y número de eventos de notificación obligatoria según año, Costa Rica, 2013-2016

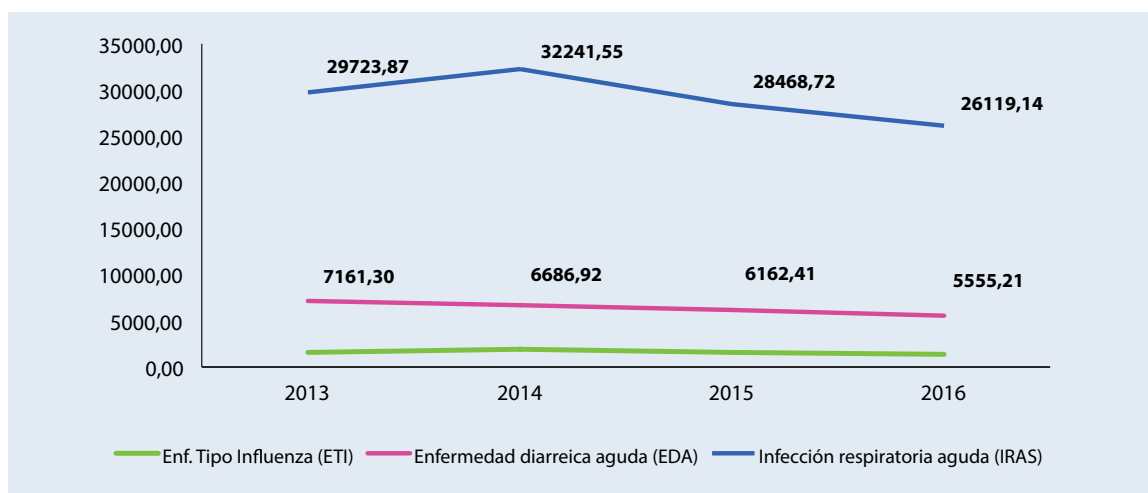
Evento	2013		2014		2015		2016	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Infección respiratoria aguda (IRAS)	1.400.936	29.723,87	1.538.929	32.241,55	1.375.675	28.468,72	1.277.325	26.119,14
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	337.524	7.161,30	319.175	6.686,92	297.782	6.162,41	271.671	5.555,21
Enf. Tipo Influenza (ETI)	75.660	1.605,29	90.470	1.895,40	76.135	1.575,57	67.055	1.371,16
Episodios de depresión	41.623	883,12	51.451	1.077,93	53.007	1.096,95	48.369	989,06
Parasitosis intestinal sin especificar	19.840	420,95	20.532	430,16	22.155	458,48	22.800	466,22
Escabiosis	8.244	174,91	7.877	165,03	6.352	131,45	6.485	132,61
Pediculosis	4.784	101,50	5.133	107,54	6.319	130,77	5.715	116,86
Conjuntivitis hemorrágica	3.521	74,71	2.607	54,62	2.505	51,84	1.572	32,14
Leishmaniasis	1.856	39,38	2.137	44,77	1.170	24,21	1.020	20,86
Accidentes ofídicos	978	20,75	815	17,07	747	15,46	651	13,31
Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte	526	11,16	573	12,00	561	11,61	505	10,33
Enterobiasis	355	7,53	297	6,22	129	2,67	244	4,99
Ascariasis	154	3,27	128	2,68	131	2,71	80	1,64
Anquilostomiasis	33	0,70	149	3,12	35	0,72	10	0,20
Trichuriasis	31	0,66	18	0,38	28	0,58	73	1,49
Estrongiloidiasis	24	0,51	152	3,18	26	0,54	313	6,40
Total general	1.896.089	40.229,61	2.040.443	42.748,59	1.842.757	38.134,68	1.703.888	34.841,63

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Colectivo, Proyecciones nacionales de población del INEC, Costa Rica, 2016.

En el siguiente gráfico se observa la información preliminar de las tasas de incidencia de: ETI, EDA e IRAS. Por cada

caso de EDA se registran 4,7 casos de IRAS, situación que se presenta en todo el período.

Gráfico 27
Tasa de incidencia y número de casos de ETI, EDA e IRAS, Costa Rica, 2013-2016.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica. Proyecciones nacionales de población del INEC, Costa Rica, 2016.

Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)

La recomendación internacional de la OPS/OMS es que los países cuenten con coberturas de vacunación de al menos 95% de la población que requiere ser protegida. Ésta se considera óptima y de esta manera, mediante

la protección o inmunidad de “rebaño” se pueda proteger a aquellas personas que por alguna razón no hayan recibido las vacunas.

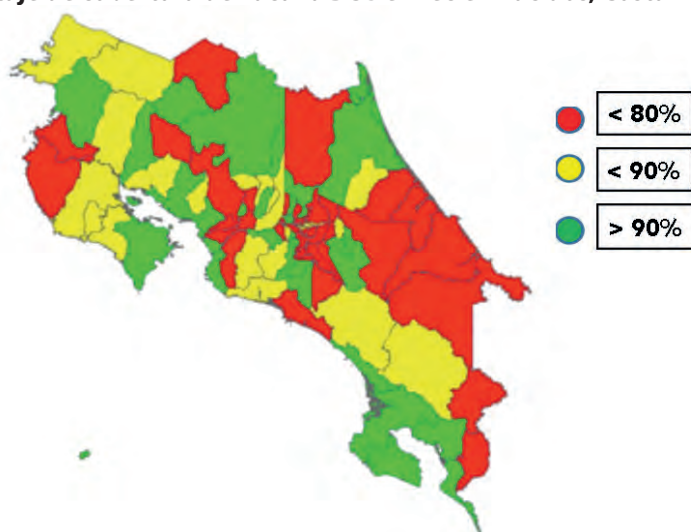
A continuación se presentan estimaciones de las coberturas de vacunación, al tercer trimestre del año 2016.

Cuadro 12
Porcentaje de coberturas de vacunación, III trimestre, Costa Rica, 2016.

Tipo de vacuna	Porcentaje de cobertura
BCG (anti-tuberculosis)	79
Pentavalente 1	92
Neumococo 2	94
Hepatitis B 3	93
Pentavalente 3	94
Sarampión-Rubeola-Paperas 1	90
Varicela	91
Sarampión-Rubeola-Paperas 2	100
Toxoide diftérico	100

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Figura 2
Porcentaje de cobertura de vacuna BCG en recién nacidos, Costa Rica, 2016.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Al analizar las coberturas de vacunación en los niños menores de un año, se observa que las mismas estuvieron por encima de 90% para todos los tipos de vacuna aplicadas. Por otro lado, la de los niños de uno a dos años a los cuales se les aplica las vacunas contra SRP y Varicela; se logró una cobertura mayor de 90% en ambas.

En niños escolares a los que se les aplica la segunda dosis de SRP al ingreso a la escuela, y la de tétanos y difteria, a los 10 años de edad; se estima que la cobertura es del 100%.

Accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito han sido clasificados como una epidemia, ya que ocasionan la muerte a más de 1.2 millones de personas al año y muchos más, quedan heridos o con lesiones permanentes alrededor del mundo. Más del 85% de estas muertes y lesiones ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

Costa Rica no está exento de sufrir las consecuencias del problema de salud pública que constituyen los accidentes de tránsito. Una de las principales causas de los accidentes es el factor humano (comportamiento de los peatones, conductores y pasajeros), a éste se le suman los factores del entorno (la vía y el vehículo).

En Costa Rica se producen más de 700 muertes por año en carretera, cifra que podría ser mayor si se considera a los heridos que fallecen en los centros hospitalarios. La violencia vial que se vive en nuestras carreteras está cobrando un promedio de treinta vidas por mes.

Los accidentes de tránsito tienen un costo equivalente al 1% del PIB. Los costos económicos de las lesiones causadas por éstos, tienen un valor aproximado de 20 millones de colones por víctima.

En el 2015 y 2016 las provincias de San José y Alajuela notificaron el mayor porcentaje de accidentes de tránsito en el país.

Cuadro 13
Porcentaje de accidentes de tránsito según provincia, Costa Rica, 2014-2016.

Provincia	2014		2015		2016	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
San José	7.142	37,4	10.514	34,8	8.188	35,0
Alajuela	3.841	20,1	6.069	20,1	4.996	21,3
Heredia	2.100	11,0	3.128	10,4	2.492	10,6
Cartago	1.840	9,6	2.747	9,1	2.155	9,2
Puntarenas	1.627	8,5	2.688	8,9	2.218	9,5
Limón	1.286	6,7	2.330	7,7	1.977	8,4
Guanacaste	1.240	6,5	2.741	9,1	1.396	5,9

Fuente: COSEVI. Área de Investigación y Estadística, datos al 31 de octubre de 2016.

Mortalidad por accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito al ser una de las causas de muerte más importantes en el país propician un mayor impacto sobre la carga de enfermedad y sobre los años de vida potencialmente perdidos.

A continuación se presenta la información preliminar de personas fallecidas en accidentes de tránsito y reportadas a la central de radio de la Dirección General de Policía de Tránsito. Las “muertes en sitio” son las ocurridas en el lugar de los hechos o durante el traslado.

Cuadro 14
Porcentaje de muertes por accidente de tránsito en sitio, según mes, Costa Rica, 2015-2016.

Mes	2015 Número (%)	2016 Número (%)
Enero	39 (9,8)	29 (7,5)
Febrero	29 (7,3)	39 (10,2)
Marzo	36 (9,0)	42 (10,9)
Abril	29 (7,3)	32 (8,3)
Mayo	28 (7,0)	38 (9,9)
Junio	41 (10,3)	35 (9,1)
Julio	24 (6,0)	43 (11,2)
Agosto	34 (8,5)	40 (10,4)
Setiembre	34 (8,5)	30 (7,8)
Octubre	35 (8,8)	56 (14,6)
Noviembre	29 (7,3)	-
Diciembre	40 (10,0)	-
Total	398	384

Fuente: COSEVI. Área de Investigación y Estadística, datos al 31 de octubre de 2016.

Cuadro 15
Porcentaje de muertes por accidente de tránsito en sitio, según tipo de usuario.
Costa Rica, 2015- 2016.

Tipo de usuario	2015 Número (%)	2016 Número (%)
Conductor motocicleta	149 (37,4)	153 (39,8)
Conductor automóvil	81 (20,3)	73 (19,0)
Peatón	71 (17,8)	70 (18,2)
Acompañante automóvil	46 (11,6)	32 (8,3)
Ciclista	39 (9,8)	31 (8,1)
Acompañante motocicleta	12 (3,0)	15 (3,9)
Otro	0	10 (2,6)
Total	398	384

Fuente: COSEVI. Área de Investigación y Estadística, datos al 31 de octubre de 2016.

Durante el 2016 se observó un aumento del 2,4% en el porcentaje de muertes de conductores de motocicleta en el sitio del accidente.

Las provincias de Alajuela y San José presentan el mayor porcentaje de muertos en los dos últimos años.

Cuadro 16
Porcentaje de muertes en sitio según provincia, Costa Rica, 2015- 2016.

Provincia	2015 Número (%)	2016 Número (%)
San José	74 (18,6)	67 (17,4)
Alajuela	89 (22,4)	88 (22,9)
Cartago	26 (6,5)	16 (4,2)
Heredia	27 (6,8)	41 (10,7)
Guanacaste	61 (15,3)	47 (12,2)
Puntarenas	63 (15,8)	67 (17,4)
Limón	58 (14,6)	58 (15,1)
Total	398	384

Fuente: COSEVI. Área de Investigación y Estadística, datos al 31 de octubre de 2016.

Accidentes laborales en Costa Rica

Los accidentes laborales, constituyen eventos de notificación obligatoria, según el Decreto de Vigilancia de la Salud N° 37306-S publicado en la Gaceta N° 203 del 22 de octubre del 2012.

Los accidentes y enfermedades laborales reducen de manera significativa la productividad. Se estima que pueden reducir hasta en un 2% el PIB de un país. De ahí la

importancia de conocer sus causas, a fin de poder establecer los programas correctivos que puedan eliminar, o al menos minimizar sus efectos.

San José y Alajuela son las provincias que presentaron mayor número de casos de accidentes y enfermedades laborales del 2014 y 2016. Esto es congruente con la concentración que existe en esas dos provincias de puestos de trabajo.

Cuadro 17
Porcentaje de personas afectadas por accidentes laborales,
según provincia, Costa Rica, 2012-2016.

Provincia	2012		2013		2014		2015		2016*	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
San José	25.746	43,48	17.424	39,95	31.055	31,67	29.184	31,8	30.827	32,7
Alajuela	6.644	11,22	4.947	11,34	19.256	19,63	19.326	21,2	19.301	20,4
Cartago	5.384	9,09	3.325	7,62	8.852	9,028	8.361	9,09	8.567	9,1
Heredia	5.676	9,59	4.272	9,79	10.370	10,57	9.364	10,2	9.521	10,1
Guanacaste	7.472	12,62	7.130	16,35	9.435	9,62	8.178	8,9	7.519	8,0
Puntarenas	3.541	5,98	2.676	6,14	8.847	9,023	83.99	9,14	9.264	9,8
Limón	4.354	7,35	3.359	7,7	10.192	10,39	9.068	9,86	9.415	10,0
Total	59.207		43618		98047		91880		94414	

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Instituto Nacional de Seguros (INS), Costa Rica, 2016.

Los accidentes laborales en Costa Rica, se presentaron con mayor frecuencia en hombres, con una razón de 4,08 para el año

2010 hasta un 4,24 para el 2015. Esto significa que los hombres tienen un riesgo mayor de sufrir accidentes.

Cuadro 18
Razón hombre-mujer para accidentes laborales,
Costa Rica, 2010-2015.

Año	Hombres	Mujeres	Razón
2010	10.370	2.538	4,08
2011	42.850	9.475	4,52
2012	49.465	9.742	5,07
2013	35.820	7.798	4,59
2014	79.836	18.211	4,38
2015	74.355	17.525	4,24

Fuente: INS y Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

El análisis de las patologías laborales más frecuentes en el período 2009-2013, mostró que los traumatismos representaron la causa más frecuente de consulta, seguidos por las lesiones osteomusculares que se asocian a movimientos repetitivos. Cuadro 19.

Cuadro 19
Porcentaje de causas²² más frecuentes de accidentes y enfermedades laborales,
Costa Rica, 2009-2013.

Causas	2010 Número (%)	2011 Número (%)	2012 Número (%)	2013 Número (%)
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	8.413 (65,2)	34.734 (70,4)	40.067 (67,7)	29.048 (66,6)
Enfermedades del Sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3.209 (24,9)	12.598 (25,5)	13.638 (23,0)	9.863 (22,8)
Otras causas	789 (6,1)	30 (0,1)	3.182 (5,4)	2.729 (6,2)
Enfermedades del ojo y sus anexos	497 (3,8)	1.984 (4,0)	2.320 (3,9)	1.978 (4,5)
Total	12.908	49.346	59.207	43.618

Fuente: COSEVI. Área de Investigación y Estadística, datos al 31 de octubre de 2016.

²² Según CEI-10

CAPITULO V

Logros
Ministerio de Salud
2016

NIVEL POLÍTICO ESTRATÉGICO

CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Gestión de Calidad Institucional

Situación actual

Costa Rica, se ha suscrito al Consejo Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, donde definen la Calidad de la Gestión Pública como "... una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos"

La gestión de la calidad ha dejado de ser un atributo del ámbito privado y atípico en el estatal, y se está convirtiendo en una filosofía de gestión pública, que demanda no solo aptitudes sino actitudes, dedicación, vencimiento de la resistencia al cambio para concentrar la atención al ciudadano, a fin de optimizar las relaciones entre el Estado y los ciudadanos a los que servimos.

Las transformaciones institucionales globales durante las últimas décadas, han impulsado reformas en el sector público con el fin de lograr mayor eficacia en los resultados de la gestión. La rendición de cuentas ha sido un factor concomitante para la incursión de iniciativas innovadoras por ejemplo, reconocimientos a las buenas prácticas del sector público.

Las acciones definidas por la Administración "Solís Rivera" están orientadas a la calidad, mejora continua, rendición de cuentas y transparencia. En este sentido en el Ministerio de Salud se ha promovido a la creación de un sistema de "Gestión de Calidad y Mejora Continua", el cual busca enfatizar los productos y servicios desde su diseño hasta el momento en que el usuario requiere de ellos, vinculado aspectos de eficiencia y eficacia logrando cumplir las expectativas y requerimientos deseados.

El Sistema de Gestión de la Calidad apunta a adoptar una visión estratégica que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, orientado a la mejora continua, consolidando estándares que reflejen las necesidades implícitas y obligatorias, información confiable, promover la transparencia, la participación ciudadana, garantizar el fácil acceso a la información.

Logros

- **Salud recibe reconocimiento a su gestión de calidad.**

Participación del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Calidad del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, mediante la inscripción de una práctica promisorio. El Ministerio de Salud fue galardonado en la V Edición del Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento a Prácticas Promisorias en la Gestión Pública 2015-2016, con una mención honorífica en reconocimiento a la mejora de su

gestión de la calidad; siendo la única institución de la administración pública en obtener este reconocimiento.

Dicho reconocimiento fue recibido gracias a la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios del Sistema Regístrelo “Sistema Electrónico de Registros de Productos de Interés Sanitario” que se tradujo en reducción de tiempos de trámites, mayor accesibilidad y cobertura de los servicios; actualmente los usuarios pueden acceder a estos servicios 24 horas al día, 7 días a la semana desde cualquier parte del país. Esta mejora ha beneficiado a empresarios, fabricantes, importadores y dispensadores de algunos productos farmacéuticos quienes acceden al Sistema desde dentro y fuera del país.

- Elaboración y validación de la metodología para el diseño del Plan de Calidad del Ministerio de Salud, logrando avanzar en la etapa I del diseño del plan, el cual constituye un paso fundamental dentro del sistema de calidad que se desea implementar en la institución.

Normas de Calidad para la Regulación en Salud

Situación actual

Hasta el año 2015 el Ministerio de Salud desarrolló sus reglamentos y normativa sin considerar la normativa de calidad internacional establecida por Instituto de

Normas Técnicas de Costa Rica-ISO (INTECO). Ante la necesidad de homologar los criterios internacionales de calidad, se estableció una alianza con INTECO.

Tal y como lo señala el Dr. Fernando Llorca Castro, Ministro de Salud “Un verdadero Sistema de Garantía de Calidad ha sido el gran ausente en las normas, procesos, protocolos, investigación y servicios en y de salud de nuestro país. Si bien es cierto hay hospitales y servicios privados acreditados y servicios públicos de alta calidad; la misma, no se encuentra garantizada a nivel nacional y de forma universal en tiempo y espacio. Ahora, tenemos la oportunidad de desarrollar este Sistema”.

Logros

- Creación y oficialización del Comité Nacional de Normalización en Productos y Tecnologías para Sector Salud, Ministerio de Salud e INTECO. Conjuntamente con las instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte, se conformó el Comité #44, el cual tiene como finalidad la homologación de criterios en materia de los procesos de regulación nacional. La misión del INTE CTN 44 es promover y coordinar la cooperación nacional en la normalización, tales como: la elaboración, divulgación y aplicación de las normas, que aseguren la productividad de las organizaciones, la protección del consumidor y el medio ambiente.

- Conformación de los subcomités de calidad en diferentes temas y áreas de la salud, tomando en cuenta el criterio de expertos en las diferentes temáticas y las normas internacionales. Estos subcomités iniciaron su labor a partir del 1 de abril del 2016, en el marco del Comité #44.
- Elaboración de seis normas en los siguientes temas:

Equipo Médico:

- o Dispositivos médicos –Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos para Fines Reglamentarios
- o Evaluación biológica de dispositivos médicos. Parte 1: Evaluación y ensayos mediante un proceso de gestión del riesgo

Implantes:

- o Implantes quirúrgicos no activos-Requisitos generales
- o Catéteres intravasculares. Catéteres estériles y de un solo uso-Parte 1: Requisitos generales
- o Catéteres intravasculares. Catéteres y de un solo uso. Parte 3: Catéteres venosos centrales
- o Catéteres intravasculares. Catéteres estériles y de un solo uso. Parte 4: Catéteres de dilatación con balón
- o Catéteres intravasculares. Catéteres estériles y de un solo uso. Parte 5:

Catéteres periféricos sobre aguja introductora

- o Implantes quirúrgicos no activos-Implantes mamarios-Requisitos particulares.

Tecnología de información:

- o INTE_ISO_HL7 27931_2016 (Norma de homologación de presentación de datos)

Transfusión:

- o Contenedores flexibles de plástico para sangre humana y sus componentes-Parte1: Contenedores convencionales
- o Contenedores flexibles de plástico para sangre humana y sus componentes-Parte2: Símbolos gráficos a utilizar en las etiquetas y en los prospectos de instrucciones

Acceso a los servicios de salud:

- o Ministerio de Salud de Costa Rica. Habilitación de establecimientos de larga estancia para la atención integral de la persona Adulta Mayor: Requisitos

Esterilización:

- o Esterilización de productos para el cuidado de la salud. Calor húmedo. Parte 1: Requisitos para desarrollo, validación y control de rutina de un proceso de esterilización para dispositivos médicos.

Sello de Garantía para Alimentos Fortificados en Costa Rica

Situación actual

En Costa Rica desde hace varias décadas los productos alimenticios son registrados y controlados por el Ministerio de Salud. No obstante, éstos no contaban con un sello de garantía. El Ministro de Salud, Fernando Llorca Castro indicó que *“La fortificación en Costa Rica ha sido una buena práctica de salud pública de alto impacto en la salud de la población costarricense desde hace varias décadas y es fundamental reconocer el esfuerzo de las empresas que siempre han participado activamente en el proceso como un gran ejemplo de alianza público-privada”*.

Logros

- Implementación del Sello de Garantía para Alimentos Fortificados en Costa Rica, mediante el decreto ejecutivo No. 39741-S, que oficializa la norma para el uso de este sello. Este tiene



como objetivo principal la promoción de las buenas prácticas de la industria alimentaria y crear confianza en los consumidores. El sello certifica la calidad

de la fortificación de algunos alimentos con nutrientes y podrá ser exhibido en la etiqueta o publicidad de cualquier tipo por parte de los comercializadores.

Transparencia institucional

Situación actual

La transparencia es una obligación de las instituciones públicas porque así lo demanda la ciudadanía en su necesidad de conocer cómo funcionan las instituciones del gobierno y cuáles son sus proyectos, normativas, presupuestos, gastos, recurso humano, entre otros.

El Ministerio de Salud forma parte de la “Red Interinstitucional de Transparencia”, como mecanismo contra la corrupción y enriquecimiento ilícito, así como para brindar acceso a información oportuna, veraz y de calidad para promover la participación ciudadana en la gestión institucional.

Logros

- Aplicación de la medición del Índice de Transparencia, que incluye las dimensiones de: Acceso a la información, Rendición de cuentas, Participación ciudadana, Datos abiertos de gobierno, así como información de carácter: Institucional, del Personal Institucional, de Procesos de Contratación, de Servicios y Procesos Institucionales, de Herramientas y Condiciones, de Rendición de Cuentas, de Finanzas Públicas, Planes y Cumplimiento, de Informes Institucionales y de Personal,

de Toma de Decisiones, de Participación Ciudadana, de Datos Abiertos de Gobierno, de Presupuesto Público, de Estadísticas o Registros del Sector; entre otros. Para el 2016 la aplicación del Índice de Transparencia Institucional obtuvo una calificación de 87,9, 14,2 puntos más que el año anterior.

- Colocación en la página web institucional de los reportes, informes y alertas para cumplir con la Red de Transparencia.
- Rediseño de la página web institucional para facilitar la consulta de los usuarios internos y externos.
- Desarrollo de nuevos sistemas transaccionales y la implementación de sistemas para agilizar la transparencia, entre ellos:
 - o Sistema Nacional de Información sobre gestión Integral de Residuos (SINIGIR)
 - o Sistema Nacional de Registro de Infractores a la Ley 9028 (SINFRA)
 - o Sistema de Información para Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales.
 - o Actualización del Sistema Nacional de Vigilancia en la Salud (SINAVIS)
 - o Sistema Nacional de Información sobre Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (SINICTIS)

- o Sistema de VIH SIDA (SINVIH)
- o Sistema de Gestión de Recursos Humanos
- o Sistema de Gestión de Licencias de Software
- o Sistema de Información de Adolescentes (SINA)
- o Sistema de Notificación de Farma covigilancia
- o Sistema de Registro de carné de Fiebre Amarilla

Mejora regulatoria y simplificación de trámites

Situación actual

La globalización y las crecientes demandas de la población, exigen la eliminación de requisitos en los trámites y solicitudes, así como la claridad en la información y disminución de los plazos de respuesta.

Por estas razones, el Ministerio de Salud desde el 2015 se dio a la tarea de fortalecer la implementación la Ley 8220 “Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos”, así como ejecutar las directrices sobre simplificación de trámites y mejora regulatoria emitidas por el Ministerio de Economía y Comercio.

Logros

- Consolidación de la Comisión de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional, constituida

por la Oficial de Simplificación de Trámites (Dra. María Esther Anchía Angulo, Viceministra de Salud), la Dirección General de Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Dirección de Planificación, la Contraloría de Servicios Institucionales, la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario y la Dirección de Atención al Cliente, Dirección de Protección al Ambiente Humano, Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud, Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación. Esta comisión se reúne dos veces al mes en forma permanente desde su creación.

- Simplificación en el trámite de registro de productos alimenticios y cosméticos de bajo riesgo; como parte de los compromisos planteados en el Plan de Mejora Regulatoria Institucional.
- Implementación del protocolo para el trámite de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, con el fin de normalizar y estandarizar el desarrollo de dicho trámite.
- Revisión y actualización de los protocolos y hojas de ruta de 160 servicios que brinda el Ministerio, tales como: la solicitud y otorgamiento de carné de manipulación de alimentos, certificación de vacunación contra la fiebre amarilla y permiso de funcionamiento para los Centros de

Atención Integral (CAI), entre otros.

Desafíos

- ✓ Alcanzar servicios más eficientes mediante la utilización de la plataforma informática, lo que conllevará a la actualización y mejora de la información disponible para el cliente en la página web del Ministerio de Salud.
- ✓ Fortalecer el control estatal de los productos de interés sanitario en el mercado.
- ✓ Seguimiento a los nuevos decretos que deben salir bajo el Sistema de Calidad.

Contraloría de Servicios

Situación actual

Establecer la obligación de promoción de políticas de calidad en la prestación de los servicios que brindan organizaciones públicas y empresas privadas, y que estén inscritas en el Sistema de conformidad con esta ley. Así como, el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios mencionados y de sus procesos de mejoramiento continuo e innovación.

Logros

- A continuación se presenta el cuadro 2 y el gráfico 1 con la producción durante el 2016:

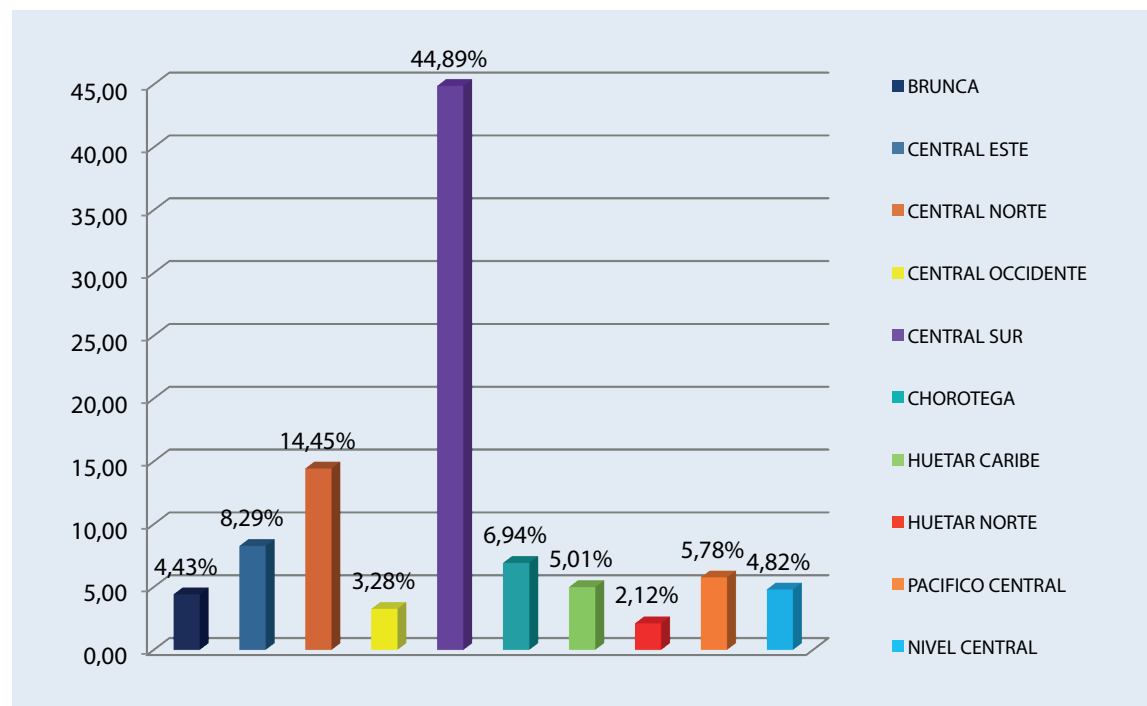
Cuadro 1
Registro de producción, Contraloría de Servicios, Ministerio de Salud, Costa Rica, 2016.

Caracterización	Número de consultas recibidas y resueltas	Porcentaje
1. Información	42	7,1
2. Trato a los usuarios	41	6,9
3. Calidad del servicio	86	14,5
4. Instalaciones	16	2,7
5. Consultas de otras instituciones	32	5,4
6. Consultas físico sanitarias	318	53,7
7. Consultas temas específicos	57	9,6
Total	592	100

Fuente: Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2016.

Nota: Consultas de otras instituciones. de competencia de unidades organizativas
Consultas sobre temas físico sanitarias y temas de los tres niveles de gestión.

Gráfico 1
Porcentaje de inconformidades según nivel de gestión, Contraloría de Servicios, Ministerio de Salud, 2016



Fuente: Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2016.

Cuadro 2
Atención de inconformidades procedentes de las Regiones de Salud,
Contraloría de Servicios, Ministerio de Salud, 2016.

Región de Salud	Número	Porcentaje
REGION CENTRAL SUR	275	46,45%
REGION HUETAR CARIBE	24	4,05%
REGION BRUNCA	29	4,90%
REGION CENTRAL NORTE	97	16,39%
REGION CHOROTEGA	38	6,42%
REGION PACIFICO CENTRAL	55	9,29%
REGION CENTRAL ESTE	45	7,60%
REGION HUETAR NORTE	12	2,03%
REGION CENTRAL OCCIDENTE	17	2,87%
Total	592	87,50%

Fuente: Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2016.

Desafíos

- ✓ Mejora de los tiempos de respuesta, en la atención de denuncias sanitarias, así como en el seguimiento de las mismas que ingresan a las Áreas Rectoras de Salud.
- ✓ Mejorar la información que brindan las Áreas Rectoras de Salud al administrado, mediante sensibilizaciones, charlas y capacitación en procedimientos y normativa.
- ✓ Implementar la guía de atención de denuncias sanitaria en las ochenta y dos ARS, con el propósito de disminuir la falta de seguimiento a las mismas.
- ✓ Coordinar con la Dirección General de Salud, para que el nivel

Regional realicen supervisiones y capacitaciones a los funcionarios de los equipos de Regulación de la Salud de nivel local.

Atención al cliente

Situación actual

La Dirección de Atención al Cliente ejecutó diversas estrategias para brindar servicios de calidad a los usuarios externos e internos que solicitan servicios en los tres niveles de gestión.

Logros

- Elaboración y actualización de procedimientos y protocolos así como de instrumentos para mejorar la atención a los usuarios.
- Verificación de implementación

del Protocolo Solicitud de Permiso Sanitario de Funcionamiento para Centros de Atención Integral a personas menores de 12 años MS.NL.SLA.07.P.16, y Protocolo Recepción y Traslado de Denuncias MS.NI.SLA.07.P.06 en el Proceso de Atención al Cliente de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.

- Aplicación y análisis de encuestas de detección de necesidades y satisfacción del cliente. Se aplicaron dos veces durante el año 2016 encuestas de satisfacción al cliente y calidad de los servicios en las 82 Áreas Rectoras de Salud, nueve regiones a Nivel Nacional y la Unidad de Plataforma de Servicios.
- Estrategia para el ahorro de papel en cumplimiento del Programa de Gestión Ambiental Institucional mediante la modificación del Protocolo Recepción de Documentos MS.NI.SLA.07.P.07.

Desafíos

- ✓ Cumplimiento con los plazos de resolución del trámite en lo correspondiente al tema de peticiones que no corresponde a trámites normales de la institución
- ✓ Lograr que los resultados de la encuestas estén en tiempo y forma listos para confeccionar el consolidado correspondiente.
- ✓ Utilización de la recepción de documentos digitales por medio de la plataforma digital Microsoft 365,

utilizando la dirección electrónica con dominio @misalud.go.cr, y disminuir el uso de papel.

Auditoría interna

Situación del tema

A efectos de realizar una fiscalización sistemática y coadyuvar con la mejora de las operaciones en el período 2016, la Auditoría Interna realizó la planificación anual de los servicios de auditoría, considerando la determinación del universo auditable, los riesgos institucionales y los factores críticos de éxito. Por lo que se comprende que existe un proceso sistemático que respalda la permanencia y continuidad del rol funcional de la Auditoría Interna recomendaciones, advertencias y asesorías a la Administración activa.

Logros

- Se realizaron proyectos para el fortalecimiento la actividad de la Auditoría Interna en cumplimiento con la Norma 1.3 de “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público y la Contraloría General de la República” (R-DC-119-2009):
 - o Revisión, modernización y documentación de los procesos asociados a los servicios de auditoría.
 - o Evaluación de la calidad según la normativa de la Contraloría General de la República.

- o Validación de la Autoevaluación de la Auditoría Interna dirigida por profesionales auditores del Ministerio de Educación Pública.
 - o Emisión del código de comportamiento de los funcionarios de la Auditoría Interna del Ministerio de Salud.
 - o Emisión de las Políticas Generales de la Auditoría Interna del Ministerio de Salud. Atención de servicios de la auditoría: Para el período 2016 se realizaron doce (12) servicios de auditoría
- (12) servicios de auditoría.
- Atención de servicios preventivos: Para el período 2016 se realizaron trece (13) servicios preventivos, de los cuales tres (3) corresponden a advertencias dirigidas a prevenir, con el debido cuidado y tono, a cualquier instancia de la Administración Activa, sobre las posibles consecuencias que pueda causar su actuar; y diez (10) corresponden a Asesorías dirigidas a dar criterio, opiniones u observaciones sobre asuntos puntuales.
- Todo lo anterior se detalla en el cuadro 3
- Atención de servicios de la auditoría: Para el período 2016 se realizaron doce

Cuadro 3
Atención de servicios de la auditoría.

Oficios	Servicios de auditoría
DGA-008-2016	Asesoría al Ministro sobre la ausencia del Administrador en el Patronato Nacional de Rehabilitación
DGA-009-2016	Asesoría a la Junta del Patronato Nacional de Rehabilitación sobre la Ausencia del Administrador
DGA-009-2016	Asesoría a la Junta del Patronato Nacional de Rehabilitación sobre la Ausencia del Administrador
DGA-012-2016	Asesoría sobre actas Constitutiva y Estatuto Comité CEN-CINAI
DGA-030-2016	Auditoría en la Dirección de Promoción de la Salud
DGA-037-2016	Asesoría sobre las Actas en el Patronato Nacional de Ciegos
DGA-048-2016	Asesoría sobre borrador del Reglamento de la Auditoría General de Servicios de Salud
DGA-052-2016	Auditoría especial sobre los Datos de inversión en salud en la Memoria Institucional
DGA-060-2016	Asesoría sobre las contrataciones profesionales en el Patronato Nacional de Rehabilitación

Oficios	Servicios de auditoría
DGA-065-2016	Asesoría sobre la creación de la oficina de comunicación e imagen institucional y el DM-239-15 del MIDEPLAN sobre el traslado de la Unidad de Mercadotecnia a depender del Ministro
DGA-138-2016	Asesoría sobre el Plan de Mejora para el índice de Gestión Institucional
DGA-080-2016	Auditoría Operativa sobre la Política de Salud Mental
DGA-126-2016	Advertencia sobre la recepción de 20 vehículos adquiridos a través de la Proveeduría para su del CEN-CINAI
DGA-245-2016	Auditoría Fondo Reembolsable con Recursos Fideicomiso de las Regiones Central Este y Central Sur
DGA-282-2016	Relación de Hechos sobre supuesta Violación al Contrato de dedicación Exclusiva de Funcionario Público de la Dirección Nacional de CEN-CINAI
DGA-304-2016	Auditoría de Ingresos y Egresos del Patronato Nacional de Rehabilitación
DGA-334-2016	Informe de Autoevaluación de la Calidad de la Auditoría Interna -2015
DGA-409-2016	Advertencia sobre el uso de vehículos administrativos en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este.
DGA-413-2016	Auditoría sobre Sistema Contable del Programa de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud
DGA-419-2016	Auditoría sobre proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe
DGA-470-2016	Estudio de Autoevaluación de Control Interno de la DGA 2015-2016
DGA-513-2016	Advertencia sobre compra de Vehículos Híbridos, Licitación Abreviada 2016LA-000005-001330000
DGA-520-2016	Auditoría sobre el seguimiento de la Orden Sanitaria CN-ARS-010-2014 a la Empresa Madera Kodiak S.A.
DGA-531-2016	Asesoría sobre el Control de las Garantías de Cumplimiento
DGA-546-2016	Asesoría sobre la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales –Ley N°2368
DGA-558-2016	Auditoría sobre el proceso de visado de la partida de seguros y resoluciones administrativas

- Se realizó la apertura de mil cuatrocientos tres libros (1403), tanto contables como de actas, correspondiendo la gran mayoría a comisiones institucionales del

nivel regional y local, así como a las comisiones de la Dirección Nacional CEN-CINAI. Además se realizaron cinco cierres de libros.

Desafíos

- ✓ Adaptación de la Auditoría Interna a la modernización de tecnologías: Resulta indispensable contar con una Auditoría Interna fortalecida en la gestión de tecnologías de la comunicación e información, que apoyen las actividades de fiscalización en su permanencia y constancia.
- ✓ Producción del Universo Auditable 2017- 2019: En atención al contexto actual en el que se desarrolla la Institución y contemplando las modificaciones dictadas por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica para la reorganización administrativa parcial del Ministerio de Salud, la Auditoría Interna debe realizar una actualización del Universo Auditable para determinar los riesgos institucionales, los factores críticos de éxito y otros criterios relevantes.
- ✓ Fortalecimiento del capital humano de la Auditoría Interna: Es necesario fortalecer los conocimientos y prácticas de las jefaturas y los profesionales auditores, de manera que los servicios de auditoría y preventivos cumplan cabalmente con el bloque de legalidad que rige su actuar.

Planificación

Situación actual

La actual administración ha dado mucho énfasis al fortalecimiento de la planificación, con participación de los actores involucrados, en este sentido, desde la Política Nacional de Salud, hasta los planes, programas y proyectos se han elaborado, tienen la característica de contar con un abordaje intersectorial y con una metodología participativa.

Logros

- Elaboración del Plan Nacional de Salud 2016-2020, es el producto de un amplio proceso participativo con aportes de funcionarios de instituciones y organizaciones públicas y privadas y otros actores vinculados con la salud. Este constituye un esfuerzo de alcance nacional orientado a la necesidad de participar y realizar acciones articuladas y concertadas en pro de la salud de la población.
- Elaboración del Plan Operativo Institucional 2016, elaborado bajo la metodología de gestión por resultados, este se plasman las acciones a desarrollar por la institución en los tres niveles de gestión, durante ese año.
- Elaboración del POI/Presupuesto para el Ministerio de Hacienda y Contraloría General de la República Oficialización de la Comisión Plan/presupuesto.
- Elaboración de informes de cumplimiento de metas del Plan

Nacional de Desarrollo 2015-2018.

- Elaborar dos informes de los POI de los organismos presupuestarios de la Contraloría General.
- Elaboración de la Memoria Institucional 2015 y el Informe Ejecutivo de Logros como insumo para el Informe del Sr. Presidente el primero de mayo.
- Elaboración, aprobación y oficialización del Marco estratégico institucional.
- Realización de talleres de capacitación en el tema de ambiente de control y ética en los tres niveles de gestión para socializar el Manual de Ética.

Desafíos

- ✓ Implementar el Plan Nacional de Salud 2016-2021 con el compromiso de los diferentes actores institucionales participantes en el proceso de formulación.
- ✓ Contar con recurso humano necesario en calidad y cantidad para el desarrollo de los procesos de planificación (estratégica y operativa).

Desarrollo organizacional

Situación actual

Las organizaciones, públicas y privadas, operan como sistemas abiertos, esta condición implica que son sujeto permanente de transformaciones cuando las circunstancias del entorno así lo requieren. Esos cambios pueden abarcar cualquier componente de la

organización; desde sus objetivos estratégicos hasta su estructura orgánica.

La propuesta de ajuste organizacional en el citado contexto funcional y estructural del Ministerio de Salud, tiene la intención de procurar el fortalecimiento del mismo como ente rector, en el desarrollo de sus funciones rectoras en forma eficiente y eficaz y con calidad, según lo establece la normativa nacional e internacional.

La Ley General de Salud en su artículo 2, indica "... Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

De manera que el Ministerio de Salud es el garante de la salud de la población por el Estado, para ello debe contar con las condiciones necesarias, así como una estructura que posibilite su fortalecimiento; no es posible ejercer su rol rector si no se cuentan con las condiciones mínimas requeridas y una estructura organizativa acorde a las exigencias actuales.

En apego a los pilares que rigen la Política Nacional de Salud y procurando resguardar los

compromisos adquiridos por las instituciones públicas, reviste de gran importancia para el Ministerio de Salud realizar cambios internos que faculten al Jerarca, a mantener un control integral en el desarrollo de las funciones y procesos. De manera que los resultados de las metas propuestas sean efectivos y eficaces en pro del bienestar de la población.

En el informe de los cien días del Presidente Solís, se identificó como nudo crítico "... el debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud. Durante el proceso de desarrollo organizacional, el Ministerio de Salud perdió su proyección y la dirección y conducción hacia los actores y las comunidades, privilegiándose una mirada a lo interno de la institución...". De manera, que se crea una estructura organizacional que generaba duplicidad, traslape de funciones y vacíos en otras.

Asimismo, en el diagnóstico Sectorial del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, se establece como uno de los puntos fundamentales el "Debilitamiento del Ministerio de Salud como institución rectora de la salud pública".

"El Ministerio de Salud es el garante por parte del estado de la salud de la población, la Ley General de Salud, le otorga al Ministerio la Rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud. Aunado a esto históricamente el Ministerio de Salud contó con un fuerte liderazgo ante los diferentes actores sociales y las comunidades, sin embargo, a partir del 2006 la institución inicia un proceso de desarrollo organizacional cuya característica fundamental fue el análisis del modelo de producción social de la salud,

para ajustar el marco estratégico, los procesos y funciones de rectoría priorizando una visión hacia lo interno, lo cual debilitó la ejecución de las funciones esenciales de salud pública, la función rectora y la atención de las necesidades reales de la población...".

En este sentido, para avanzar hacia el fortalecimiento institucional, uno de los principales factores es el contar con una estructura organizativa que responda a las necesidades reales actuales y que ordene el quehacer de cada unidad organizativa eliminando duplicidades, traslapes y espacios grises y que propicie el profesionalismo, la coordinación y articulación y maximice el desarrollo de cada una de las unidades organizativas para el logro de su misión y visión.

Aunado a esto, a partir del mes de noviembre del 2015 se inició el estudio de cargas de trabajo institucional, que tiene como objetivo medir el potencial del recurso humano del Ministerio, a fin de determinar la cantidad, calidad y la distribución adecuada del recurso humano.

Todos estos cambios sin duda alguna contribuirán a fortalecer el liderazgo del Ministerio como rector de la salud, y a brindar una mayor y mejor respuesta a las necesidades de la población.

En el marco de lo antes expuesto, se presentó ante MIDEPLAN la propuesta de ajuste de la estructura organizativa del Ministerio de Salud, la cual se fundamenta en la normativa vigente.

Logros

- Aprobación de la primera etapa del ajuste de la Estructura Organizativa y Funcional del Ministerio de Salud en su nivel central, mediante oficio DM-834-16 de MIDEPLAN lo cual permitirá una mayor eficiencia y eficacia en la implementación de las funciones de las unidades organizativas.
- Presentación ante MIDEPLAN de la segunda etapa de ajuste de la Estructura Organizativa y Funcional del Ministerio de Salud en su nivel central
- Desarrollo de la primera etapa de proceso de medición de cargas de trabajo mediante un mapeo de los procesos atinentes a cada unidad organizativa del nivel central.
- El Ministerio de Salud, por medio de la Dirección de planificación cuenta con un Manual de Procedimientos y Protocolos que consta de 250, el cual es actualizado periódicamente de acuerdo con las necesidades institucionales. Este manual constituye uno de los más completos de la Administración Pública. El cuadro 4 presenta los protocolos elaborados o actualizados durante el 2016.

Cuadro 4
Procedimientos y protocolos institucionales elaborados y actualizados,
Ministerio de Salud, 2016.

Código	Nombre	Tipo de Documento	Versión	Unidad Responsable
MS.NI.GN.12	Norma Cero para Elaborar Procedimientos	Procedimiento	5	Dirección Planificación
MS.NI.SLA.06	Gestión Tecnologías de Información y Comunicación	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NC.SLA.06.01	Gestión de Sistemas de Información	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NC.SLA.06.02	Procedimiento Gestión Infraestructura Tecnológica	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NC.SLA.06.03	Gestión de Servicios de Tecnologías de Información y Comunicación	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NC.SLA.06.01.01	Intercambio o Transferencia de Información Institucional	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NC.SLA.06.02.01	Administración del Antivirus Institucional	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NI.SLA.06.02.02	Instalación y Configuración de Equipos de Cómputo	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NI.SLA.06.02.03	Respaldo de Información de Unidad Organizativa y Usuario	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NI.SLA.06.03.01	Centro de Servicios de Tecnologías de Información Y Comunicación (Cstic)	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NC.SLA.06.03.02	Administración Plataforma Web Institucional	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.NC.SLA.06.03.03	Normativa Técnica Tecnologías de Información y Comunicación (Tic)	Procedimiento	1	Departamento Tecnologías de Información y Comunicación
MS.UO.LI.07.04.06	Fondo Reembolsable Fideicomiso 872 Ministerio de Salud CTAMS-BNCR	Procedimiento	1.1	Dirección Financiera, Bienes y Servicios

Código	Nombre	Tipo de Documento	Versión	Unidad Responsable
MS.NC.SLA.05.04.03	Solicitud y Asignación de Servicio de Transporte	Procedimiento	1	Dirección Financiera, bienes y servicios
MS.NI.FIMPR.02.02.49	Atención de Denuncias	Procedimiento	1.2	Dirección Regulación de la Salud
MS.UO.LI.08.01	Suscripción de Contrato de Dedicación Exclusiva	Procedimiento	2	Dirección Desarrollo Humano
MS.NC.FIMPR.02.02.47	Validación de Registros para Renovación de Medicamentos	Procedimiento	2	Dirección Productos de Interés Sanitario
MS.NC.FIMPR.02.02.50	Otorgamiento del Sello de Garantía de Fortificación de Alimentos en Costa Rica	Procedimiento	1	Dirección Productos de Interés Sanitario
MS.NC.FIMPR.02.02.48	Evaluación de Registros para Renovación de Medicamentos	Procedimiento	1	Dirección Productos de Interés Sanitario
MS.NC.FIMPR.02.02.34	Control de Medicamentos Suministrados por la Caja Costarricense de Seguro Social	Procedimiento	1	Dirección Productos de Interés Sanitario
MS.NI.FIMPR.02.02.04	Decomiso de Producto de Interés Sanitario, Tabaco y Otros	Procedimiento	3	Dirección Productos de Interés Sanitario
MS.NI.FIMPR.02.02.05	Destrucción Producto de Interés Sanitario, Tabaco y Otros	Procedimiento	3	Dirección Productos de Interés Sanitario
MS.NI.FIMPR.02.02.16	Atención de Denuncias Relacionadas con Productos de Interés Sanitario	Procedimiento	1	Dirección Productos de Interés Sanitario
MS.NL.SLA.07.P.16	Solicitud de Permiso de Funcionamiento para Centros de Atención Integral a Personas Menores de 12 años	Protocolo	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NL.SLA.07.P.04	Certificado Internacional de Vacunación Contra la Fiebre Amarilla	Protocolo	4.1	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.13	Otorgamiento del Certificado de Habilitación de Servicios de Salud y Afines	Protocolo	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.11	Recepción de Documentos Para la Devolución de Dineros	Protocolo	2	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.13	Otorgamiento del Certificado de Habilitación de Servicios de Salud y Afines	Protocolo	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NL.SLA.07.P.02	Programación de Citas de Inspección	Protocolo	3	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.05	Traslado de Documentos	Protocolo	4	Dirección Atención al Cliente
MS.NL.SLA.07.P.15	Otorgamiento del Permiso Sanitario de Funcionamiento	Protocolo	3	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.07	Recepción de Documentos	Protocolo	4	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.12	Recepción y Gestión de Peticiones	Protocolo	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.06	Recepción y Traslado de Denuncias	Protocolo	3	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.05	Traslado de Documentos	Protocolo	4	Dirección Atención al Cliente

Desafíos

- ✓ Consolidar la nueva Estructura Organizativa y Funcional del Ministerio de Salud mediante la oficialización de un nuevo Reglamento Orgánico.

- ✓ Ajustar las necesidades institucionales según los resultados del estudio de cargas de trabajo.
- ✓ Desarrollar la segunda etapa del estudio de cargas de trabajo institucional.

Relaciones Internacionales en Salud

Situación del tema

Las autoridades del Ministerio de Salud de Costa Rica priorizaron su participación en aquellos encuentros internacionales a fin de posicionar y defender los intereses del país, así como compartir las buenas prácticas del país en salud pública. Siendo así, se representó al país de manera activa y participativa en nueve foros del ámbito sanitario internacional.

Durante la presente Administración, Costa Rica dio inicio el proceso de adhesión a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), el cual al término de este período de gobierno deberá concluir con la etapa de revisiones según tema por parte de los comités de la OCDE.

El Ministerio de Salud ha logrado mantener un flujo de cooperación internacional constante, que le permitió fortalecer las capacidades institucionales, así como compartir las buenas prácticas y experiencias de los logros en salud pública obtenidos por el país.

Logros

- Conclusión de la primera etapa del proceso de adhesión del país a la OCDE, durante la cual se concedió al país la opinión favorable del Comité de Salud en cuanto al Sistema Nacional de Salud. Lo cual significa que, a criterio de dicho comité, el Sistema Nacional de Salud, presenta las características necesarias para que el país se convierta

en miembro pleno de la organización. Está pendiente la oficialización de dicho criterio así como la de los demás comités en el seno de la OCDE.

- Durante la Reunión de Alto Nivel de la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el país suscribió la Declaración política sobre VIH y sida: *en vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la pandemia del SIDA para el 2030.*

Por medio de este documento, los Estados signatarios se comprometen, entre otras cosas, a brindar acceso a las pruebas diagnósticas y al tratamiento de la enfermedad, a la concentración y diversificación de los recursos en la etapa inicial del proceso para acelerar la respuesta a la enfermedad, a mantener el liderazgo mundial para agilizar la respuesta al VIH y sida.

- Durante la VIII Asamblea General de la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS), y a partir de la Presidencia y Secretaría Técnica que ostenta Costa Rica, se logró que los países miembros de la Red, aprobaran la propuesta del proyecto de colaboración con el Plan Interconecta de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo: *Fomento de las políticas para armonizar y facilitar la aplicación de la estrategia mundial y plan de acción en salud pública, innovación y propiedad*

intelectual de la OMS en los países de la RIMAIS, el cual impulsa y fortalece el desarrollo de la investigación en salud en Iberoamérica.

- Durante la 17° Reunión Interamericana Ministerial de Salud y Agricultura, las autoridades se comprometieron a coordinar acciones para el abordaje de las enfermedades zoonóticas emergentes que afectan la salud humana, a establecer mecanismos de vigilancia integrada de la resistencia antimicrobiana y a promover el uso apropiado de los antimicrobianos para humanos y animales.
- Durante la XLV Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana se aprobó el componente operativo del Sistema de Planificación, Monitorio y Evaluación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, cuya implementación se llevará a cabo durante la Presidencia Pro Témpore de Costa Rica en el primer semestre de 2017. Asimismo, se aprobó la transformación de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) en el Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana, cuya puesta en marcha le corresponderá igualmente a la Presidencia Pro Témpore de Costa Rica.
- Durante el 2016, el Ministerio de Salud

suscribió con el Ministerio de Salud y Bienestar de Corea el *Memorando de Cooperación en el campo de la salud entre el Ministerio de Salud y Bienestar de Corea y el Ministerio de Salud de Costa Rica*, el cual tiene por objetivo desarrollar las capacidades nacionales de ambos países por medio del intercambio de experiencias y buenas prácticas en temas tales como gerencia en salud, servicios de atención en salud, salud electrónica (eHealth), sistemas de tecnologías de información, sistemas regulatorios, investigación y desarrollo conjunto de nuevas tecnologías de salud y su evaluación, política e investigación farmacéutica y médica, apoyado con la formación y capacitación para personal médico, técnicos y administrativos.

- Posicionamiento ante la OMS del “accidente ofídico” como un problema de salud pública internacional donde deben recuperarse las prácticas de registro obligatorio de los casos.

Desafíos

- ✓ El posicionamiento y la defensa de los intereses de Costa Rica están estrictamente ligados a la participación de las autoridades institucionales en los foros oficiales del ámbito sanitario internacional o, en su defecto, del personal de las misiones diplomáticas y embajadas del Gobierno de Costa Rica en el exterior. Ante este panorama, la

disminución presupuestaria en las sub-partidas de viáticos y transporte en el exterior son determinantes para asegurar que los intereses nacionales prevalezcan.

- ✓ Para la exitosa participación del país en foros y reuniones internacionales de alto nivel, es necesaria la sensibilización a los niveles técnicos sobre el procedimiento, la importancia de la presentación de sus aportes, de manera que consideren la trascendencia regional e internacional de las decisiones que se vayan a tomar.
- ✓ Otro gran reto en este tema es la concertación entre los criterios

técnicos, los intereses políticos y los compromisos que desde los más altos niveles políticos y estratégicos hayan sido consensuados con otras autoridades y sectores.

Leyes y decretos ejecutivos en materia de salud

Situación del tema

El Ministerio de Salud es el ente rector de la salud y de la producción social de la salud en el país. Una de sus funciones esenciales en salud, es la regulación, y esto conlleva a la promulgación de normativa vía decretos ejecutivos (reglamentos y normas técnicas), así como leyes.

Logros

Cuadro 5
Decretos Ejecutivos, Dirección Jurídica, Ministerio de Salud, 2016.

Decretos Ejecutivos	Detalles Publicación	Dirección
Decreto Ejecutivo 39414-MEIC-S. Reglamento Técnico RTCR 479:2015 Materiales de Construcción, Cementos Hidráulicos.	Alcance No. 1 a la Gaceta No. 1 del 4 de enero de 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo 39436-MINAE-S. Reforma Reglamento de la actividad de la minería artesanal y en pequeña escala para subsistencia familiar por parte de Cooperativas Mineras.	Alcance No. 4 a la Gaceta No. 8 de 13 de enero de 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo 39433-S. Reconocimiento de la evaluación y aprobación de informes finales de estudios clínicos y no clínicos por parte de las autoridades reguladoras de referencia como evidencia para el registro sanitario de medicamentos.	La Gaceta No. 19 del 28 de enero de 2016.	Dirección de Productos de Interés Sanitario.

Decretos Ejecutivos	Detalles Publicación	Dirección
Decreto Ejecutivo 39428-S. Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido.	Alcance No. 9 a La Gaceta No. 20 del 29 de enero de 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No.39471-S Procedimiento para registro simplificado de productos cosméticos y alimentos de bajo riesgo, requisitos, control y vigilancia.	Alcance No. 14 La Gaceta No. 26 08 de febrero de 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo No. 39472-S Reglamento General para autorizaciones y permisos sanitarios de funcionamiento otorgados por el Ministerio de Salud.	Alcance No. 13 La Gaceta No. 26 08 de febrero de 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo N° 39467-S. Reforma al Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud.	Alcance digital No. 17 a La Gaceta No. 31 del 15 de febrero del 2016.	Dirección Asuntos Jurídicos.
Decreto Ejecutivo No. 39487-S Reglamento Autónomo de Servicio de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición de Centros Infantiles de Atención Integral.	Alcance No. 34 La Gaceta No. 45 04 de marzo de 2016.	Dirección Nacional de CEN CINAI.
Decreto Ejecutivo No. 39533-S Reforma al Decreto Ejecutivo 39061-S del 8 de mayo del 2015. Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica.	La Gaceta No. 45 04 de marzo de 2016.	Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud.
Decreto Ejecutivo N° 39616. Norma para Establecimientos de Salud que realizan la Técnica de Reproducción Asistida de Fecundación In Vitro y Transferencia Embrionaria (FIV).	Alcance No. 48 a La Gaceta No. 48 del 31 de marzo de 2016.	Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud
Decreto Ejecutivo N° 39646 Norma para la habilitación de establecimientos de salud que realizan la técnica de reproducción asistida de Fecundación In Vitro y Transferencia Embrionaria (FIV-TE).	Alcance No. 63 a La Gaceta No. 79 del 26 de abril de 2016.	Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud.

Decretos Ejecutivos	Detalles Publicación	Dirección
Decreto Ejecutivo No. 39609-S Código de ética médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.	Alcance No. 65 La Gaceta No. 81 28 de abril de 2016.	Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
Decreto Ejecutivo N° 39589-S "Norma de Hidratación de las personas expuestas a estrés térmico por calor en actividades físicas de tipo laboral de riesgo IV"	La Gaceta del 6 de mayo de 2016.	Dirección de Investigación y Tecnología en Salud.
Decreto Ejecutivo No. 39608-S Reforma al Decreto Ejecutivo de "Regulación del Uso de Fentanilo en Ampollas".	La Gaceta No. 90 del 11 de mayo de 2016.	Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo No. 39724-MOPT-MINAE-S Reglamento para el control de las emisiones contaminantes producidas por los vehículos. automotores con motor de combustión interna.	Alcance No. 87, 30 de mayo del 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No. 39703-S-TUR Reglamento para la Operación de Actividades de Turismo Aventura.	Alcance No. 92 La Gaceta No. 108 de 06 de junio 2016.	Dirección Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No. 39653-S, Oficialización de los lineamientos para los servicios de sangre públicos y privados ante el impacto del virus del ZIKA en Costa Rica.	La Gaceta No. 110 08 de junio 2016.	Dirección de Vigilancia de la Salud.
Decreto Ejecutivo No. 39654-S Reforma Al Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.	La Gaceta No. 110 08 de junio 2016.	Dirección de Planificación.
Decreto Ejecutivo 39708-S Reforma al Decreto Ejecutivo No. 34875-S del 21 de julio de 2008 "Reglamento de Organización y funcionamiento de la Auditoría Interna del INCIENSA".	Alcance No. 96 La Gaceta No. 113 del 13 de junio 2016.	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
Decreto Ejecutivo No. 39714-S Oficialización de la Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis.	Alcance No. 96 La Gaceta No. 113 del 13 de junio 2016.	Dirección de Vigilancia de la Salud.

Decretos Ejecutivos	Detalles Publicación	Dirección
Decreto Ejecutivo No-39706-S Oficialización de los lineamientos nacionales para el abordaje integral de la mujer embarazada y el recién nacido relacionado con la infección del ZIKA.	Alcance No. 98 La Gaceta No. 115 15de junio 2016.	Dirección de Vigilancia de la Salud.
Decreto Ejecutivo No. 39734-S Reglamento para el programa de teletrabajo en el Ministerio de Salud.	Alcance No. 101 La Gaceta No. 119 21 de junio 2016.	Comisión Institucional de Teletrabajo.
Decreto Ejecutivo 39728-S Reglamento General de habilitación de servicios de salud y afines.	Alcance No. 103 La Gaceta No. 121 23de junio 2016.	Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud.
Decreto Ejecutivo No. 39735-S RTCR 472: 2014 Productos farmacéuticos, control de medicamentos.	Alcance No. 107 La Gaceta No. 124 28de junio 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo 39739-S Reforma del Decreto Ejecutivo No. 32209-s del 10 de agosto de 2004 "Crea Comisión Técnica para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud".	Alcance 107 La Gaceta 124 28de junio 2016.	División Administrativa.
Decreto Ejecutivo No. 39740-S Reforma a la Norma oficial atención integral a la mujer durante el embarazo de bajo riesgo obstétrico.	Alcance 107La Gaceta No. 124 28de junio 2016.	Dirección de Vigilancia de la Salud.
Decreto Ejecutivo No. 39741-S Oficialización de la Norma para el uso del sello de garantía de fortificación de alimentos en Costa Rica.	Alcance 107 La Gaceta 124 28de junio 2016.	Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico.
Decreto Ejecutivo No. 39705-S Exonerar del registro sanitario a los alimentos procesados y cosméticos importados y destinados para la venta exclusiva de las tiendas libres del IMAS en aeropuertos.	La Gaceta No. 126 30de junio 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.

Decretos Ejecutivos	Detalles Publicación	Dirección
Decreto Ejecutivo No. 39709-S Zonas endémicas para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica.	La Gaceta No. 126 30 de junio 2016.	Dirección de Vigilancia de la Salud.
Decreto Ejecutivo 39710-S Oficialización de los lineamientos para el uso de pruebas de laboratorio para el diagnóstico de ZIKA en los servicios de salud pública y privados ante el impacto del virus de ZIKA en Costa Rica.	La Gaceta No. 126 30 de junio 2016.	Dirección de Vigilancia de la Salud.
Decreto Ejecutivo 39704-S Oficialización de la Norma para mitigar las molestias y riesgos a la salud de las personas por el polvo producidas por la construcción de obras tanto privadas como públicas.	La Gaceta No. 127 01 julio de 2016.	Despacho Ministerial.
Decreto Ejecutivo No. 39760-S Oficialización de la estrategia nacional para separación, recuperación y valorización de residuos.	Alcance No. 148. La Gaceta No. 161 23 de agosto de 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No. 39797-S Declaratoria de Interés Público y Nacional de Las Acciones Tendientes al Diseño Financiamiento Construcción y Equipamiento de la Planta Farmacéutica en la Universidad de Costa Rica	La Gaceta No. 178 16 setiembre de 2016.	Despacho Ministerial.
Decreto Ejecutivo 39813-S-MTSS Reglamento para la Configuración de Sitios de Muestreo en Chimeneas y Ductos para la Medición de Contaminantes Atmosféricos provenientes de Fuentes Fijas.	Alcance Digital No. 185 a La Gaceta No. 178 del 16 de setiembre del 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No. 39887-S-MINAE Reglamento de aprobación de sistemas de tratamiento de aguas residuales.	Alcance No. 186. La Gaceta No. 179 del 19 de setiembre del 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.

Decretos Ejecutivos	Detalles Publicación	Dirección
Decreto Ejecutivo 39920-S Modificación al Decreto Ejecutivo No. 39471-S Procedimiento Para Registro Simplificado de Productos Cosméticos y Alimentos de Bajo Riesgo Requisitos Control y Vigilancia.	Alcance No. 211 La Gaceta 192 06de octubre de 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo No. 39895-S Reglamento a la Ley No. 9222 de 13 de marzo de 2014 "Ley de donación y Trasplante de órganos y tejidos Humanos.	Alcance 217 a La Gaceta del 12 de octubre de 2016.	Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud.
Decreto Ejecutivo No. 39900-S Reforma del Artículo 15 del Decreto Ejecutivo No. 39428-S del 23 de Noviembre del 2015 "Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido"	Alcance 239 La Gaceta 01de noviembre de 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No. 39950-S. Reforma al Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna Perinatal e Infantil.	Alcance 239 La Gaceta 01de noviembre de 2016.	Despacho Ministro.
Decreto Ejecutivo No. 39951-S Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes, Criterio.	Alcance No. 239 a La Gaceta del 1de noviembre de 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No. 39986-S Autorización para las Terapias Regenerativas o Cosméticas con Células Madre Adultas.	Alcance No. 250 La Gaceta 2014 del 8 de noviembre de 2016.	Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud.
Decreto Ejecutivo No. 39983-S Declaratoria de Medicamentos de Venta Libre al Consumidor.	Alcance No. 252 La Gaceta N° 215 de miércoles 09 de noviembre de 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo No. 39984-S Reglamento de Utilización y Funcionamiento del Sistema Automatizado de Receta Digital de Psicotrópicos y Estupefacientes.	Alcance No. 252 La Gaceta N° 215 de miércoles 09de noviembre de 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo No. 39985-S Reforma al Decreto Ejecutivo No. 30031-S. Reglamento para el Enriquecimiento del Arroz.	Alcance No. 252 La Gaceta N° 215 de miércoles 09de noviembre de 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.

Decretos Ejecutivos	Detalles Publicación	Dirección
Decreto Ejecutivo No. 39987-S Declaratoria de Interés Público y Nacional de las Acciones y Proyectos de la Fundación Nacional de Solidaridad contra el Cáncer de mama (FUNDESO).	Alcance No. 252 La Gaceta N° 215 de miércoles 09 de noviembre de 2016.	Despacho Ministerial.
Decreto Ejecutivo No. 39989-S Reforma al Decreto Ejecutivo N° 39294-S del 23 de junio del 2015, "RTCR 470: 2014 Productos Farmacéuticos, Medicamentos de Uso Humano. Disposiciones Administrativas para Bioequivalencia, Propiedad Intelectual, Medicamentos Homeopáticos y Registro Sanitario e Importación".	Alcance No. 252 La Gaceta N° 215 de miércoles 09 de noviembre 16.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo 40013-H-MAG-S. Exención del pago de tributos de sistemas de tratamiento de aguas residuales para contribuir a mitigar la contaminación del recurso hídrico y mejorar la calidad del agua	Alcance No. 286 a La Gaceta del 5 de diciembre del 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.
Decreto Ejecutivo No. 40001-S Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud.	Alcance No. 309 La Gaceta, 15 de diciembre de 2016.	Dirección Científica y Tecnología en Salud.
Decreto Ejecutivo No. 40003-S. RTCR: 436.2009 Suplementos a la Dieta, Requisitos de Registro Sanitario, Importación, Desalmacenaje, Etiquetado y Verificación publicado en la Gaceta No. 186 del 24 de setiembre del 2010	Alcance No. 309 Alcance No. 309 La Gaceta, 15 de diciembre de 2016.	Dirección de Regulación Productos de Interés Sanitario.
Decreto Ejecutivo No. 40004-S Criterios de Distribución Hepática Proveniente de Donante Cadavérico.	Alcance No. 309 La Gaceta, 15 de diciembre de 2016.	Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud.
Decreto Ejecutivo 40108-MOPT-MINAE-S Contaminación de Aire. Reforma del artículo 5 del Reglamento para el control de las emisiones producidas por los vehículos con motor de combustión interna.	Alcance 321 a La Gaceta N° 247 del 23 diciembre 2016.	Dirección de Protección al Ambiente Humano.

Logros

Proyectos de ley como iniciativa del Ministerio de Salud

- Expediente 20.059. Proyecto de Ley Modificación del Artículo 218 de la Ley No. 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”

Leyes promovidas por Ministerio de Salud y aprobadas

- No. 9353, Ley para Garantizar el Interés Superior del Niño, la Niña y el Adolescente en el Cuidado de la Persona Menor de Edad Gravemente Enferma. Alcance No. 119 a la Gaceta No. 134 del 12 de julio del 2016.
- No. 9403. Aprobación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco. Alcance No. 281 a la Gaceta No. 231 del 01 de diciembre del 2016.

Desafíos

- ✓ Contar con el apoyo técnico y administrativo oportuno para la elaboración y promulgación de la normativa en salud requerida por el país.

NIVEL DE RECTORÍA DE LA SALUD

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Estilos de Vida Saludables para una Vida Libre de Tabaquismo en Adolescentes y Jóvenes Costarricenses.

Situación actual

En Costa Rica a partir del 2012 comenzó a regir la ley 9028, “Ley de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”, la cual establece las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo y de la exposición al humo de tabaco.

Como parte del Sistema Mundial de Vigilancia de Consumo del Tabaco y para medir el impacto de esta ley en la población adolescente de Costa Rica, el IAFA realizó en el 2013 la encuesta “GYTS”, dirigida a estudiantes de secundaria. Los datos mostraron que el 9.3%, del total de adolescentes encuestados (as) fumó tabaco en los últimos 30 días. Por su parte un 51.5% de ellos, consideró que el humo de tabaco consumido por otras personas les puede causar daño y un 89% está a favor de prohibir que se fume en espacios públicos.

Tomando en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud con el fin de lograr un mayor acercamiento a la población adolescente en la promoción de estilos de vida saludables como factores protectores del tabaquismo,

ha buscado adaptarse a los medios de comunicación de mayor interés para los adolescentes y jóvenes, desarrollando tres campañas de comunicación en los medios digitales de más consumo, convirtiéndose así en uno de los primeros Ministerios del Gobierno de Costa Rica en innovar la forma de comunicar a esta población.

Logros

Las campañas de comunicación iniciadas en el 2016 fueron:

- **LO MIO ES:** Promueve una vida libre de tabaquismo en los adolescentes del país, mediante tres audiovisuales que fomentan el valor de los adolescentes como seres humanos integrales, con sus talentos y capacidades propias, que contribuyan al reconocimiento, aceptación y valoración entre sus pares y la sociedad en general.
- **PONELE A LA VIDA:** Incentiva por medio de diferentes canales de comunicación en medios digitales y redes sociales, acciones hacia la consolidación de patrones y hábitos de vida saludables, entre ellas:
 - o **App Ponéle a la Vida:** Su concepto es: *“Contagia al mundo con tu energía”*, tomando en cuenta que los jóvenes tienen la capacidad de ser una fuente de energía, inspiración y motivación para sus amigos y todas aquellas personas que se relacionan con ellos. Un

adolescente que es el líder positivo para su grupo de amigos, puede proponer nuevas ideas y planes para realizar en conjunto. La estrategia creativa y plan de medios digitales se enlazan para seleccionar el conjunto de actividades y mensajes que promuevan la descarga del app y uso de la misma entre los adolescentes la cual motiva a realizar actividad física. El app promueve al menos 60 minutos diarios de actividad por día en periodos de 20 minutos como mínimo.

- o **Canal de Youtube ¡Qué Sabros! Recetas de Alimentación saludable elaboradas por jóvenes adolescentes ticos:** Se propone la producción de videos de recetas saludables con personajes representativos de jóvenes de Costa Rica. El concepto reflejará la frescura, dinamismo y creatividad con la que se pueden realizar las diferentes recetas para preparar en casa con ingredientes ticos, invitando así al joven no sólo a prepararlas sino también a compartirlas con su grupo de amigos. Además, se busca darle un giro a las recetas “convencionales” que ellos suelen preparar, dándole un toque sano y balanceado sin perder esos ingredientes que ellos tanto disfrutan. El tono

de la comunicación reflejará la personalidad de los adolescentes costarricenses para quienes va dirigida esta producción que se distribuirá mediante un canal gratuito en Youtube y las campañas digitales. (En desarrollo)

- o **Facebook Ponéle a la Vida:** Es un espacio de comunicación en el que los adolescentes reciben consejos sencillos y en lenguaje apropiado para su edad, además es un espacio de comunicación e intercambio entre ellos. Cabe destacar que todas las fotografías posteadas, corresponden a adolescentes de diferentes regiones del país que participan del programa, esto con el objetivo de que sean ellos mismos los vehículos de comunicación.
- o **Aquí no se fuma:** Promueve la salud a través del control del fumado y la defensa y exigencia de espacios libres de tabaco/humo de tabaco.
- **Convenio de cooperación entre el Comité de Educación y Bienestar Social y el Canal 14 de COOPELESCA de Ciudad Quesada.** El cual permitió la producción de doce espacios televisivos en el PROGRAMA COOPELESCA HOY, el cual tiene como objetivo aportar conocimientos a la población sobre temas de salud, desarrollo de destrezas y habilidades para la salud individual y colectiva y promover el trabajo conjunto entre instituciones y empresas privadas

para la promoción del autocuidado y la salud de la comunidad.

Desafíos

- ✓ Desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas en los adolescentes para la toma de decisiones saludables, el ejercicio del auto-cuidado y la ciudadanía, así como generar condiciones que les permitan la toma de conciencia, desarrollo del potencial personal y grupal y capacidad crítica y de mediar entre intereses divergentes a favor de la salud, pasa por el importante desafío de continuar innovando en la forma de comunicarse con esta población.
- ✓ Mantenerse actualizado en los medios de preferencia de los jóvenes, así como lograr contextualizar nuestras acciones en los entornos en los que se desenvuelven los y las adolescentes.
- ✓ Consolidación de una comunicación de “vida activa” con los y las adolescentes, más allá del esquema tradicional (movimiento-alimentación) y ampliar hacia la salud integral: mental, física, recreación-diversión, autoestima relaciones interpersonales, entre otros.
- ✓ Toma de decisiones sobre cómo comunicar los mensajes a la población basada en evidencia científica.
- ✓ Elección de los medios de comunicación a partir de un estudio de medios que nos acerque al conocimiento de

aquellos medios de preferencia de este grupo de población.

- ✓ No quedarse atrás y ser pioneros en la forma en que nos comunicamos con la población.
- ✓ <http://aquinosefuma.go.cr/mercadeodigital-ley9028/>

Actividad física y salud

Situación actual

El sedentarismo o nivel de actividad física en la población nacional continua siendo un factor de riesgo importante que incide en la prevalencia de enfermedades no transmisibles, según lo demuestran encuestas nacionales que han incluido el tema. De esta manera, en las encuestas de factores de riesgo cardiovascular de la CCSS del 2010 y 2014, se encontró una prevalencia general de baja actividad física de un 50,9% y un 44,6% respectivamente. Aunque se demuestra un cambio favorable, al determinarse una disminución en el porcentaje de población mayor de 20 años que tiene actividad física baja, aún el porcentaje de sedentarismo sigue siendo alto.

Además de la anterior encuesta, se cuenta con la “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas 2015”, la cual incluyó el tema de actividad y ejercicio físico. Esta encuesta permitió visualizar las diferencias que existen en la prevalencia de ejercicio físico y actividad física según grupo de edad, sexo, nivel educativo y cantón; asociadas posiblemente a inequidades en el acceso, educación, nivel socioeconómico, patrones culturales e índice de desarrollo social del cantón.

El país cuenta con un “Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021”, cuyo cumplimiento constituye parte de la “Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las ENT y Obesidad 2014-2021”, y del

“Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018”. También se cuenta con la “Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS)” con nivel de organización nacional, dos redes regionales y 55 redes cantonales. Cuadro 1.

Cuadro 6
Redes de Actividad Física y Salud a nivel nacional, Costa Rica, 2016.

Región de Salud	Número de redes	
	Regional	Cantonal
Chorotega	1	12
Central Sur	0	11
Pacífico Central	0	8
Central Norte	0	6
Brunca	1	5
Central Occidente	0	4
Huetar Caribe	0	3
Huetar Norte	0	3
Central Este	0	1
Total	2	55

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, 2016.

Logros

- Asesoría y conformación de 12 redes cantonales de actividad física, que realizan acciones para la promoción de actividad física y salud, distribuidas en las nueve regiones del país. Las mismas son coordinadas por las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud, con participación de diferentes actores locales, entre ellos se cuenta la representación de: Clínicas de la CCSS, escuelas, colegios públicos, comités cantonales de deporte y recreación, municipalidad, fuerza pública, PANI, entre otros. Durante este año la Región

Central Norte fortaleció o conformó seis de dichas redes cantonales.

- Realización del V Encuentro Nacional de la RECAFIS con la participación de representantes de todas las redes de actividad física y con la participación de las nueve regiones del Ministerio de Salud.
- Inventario de la oferta de programas o acciones para promover la actividad física en los cantones, que realizan los comités cantonales de deporte y recreación y las RECAFIS cantonales.
- Elaboración de material de

sensibilización para la promoción de actividad física, dirigido a padres de niños escolares.

- Formulación de un proyecto nacional para la promoción de actividad física sistemática en cantones seleccionados de acuerdo con el índice de desarrollo social, prevalencia de bajo nivel de ejercicio físico y presencia de RECAFIS conformadas, cuyo presupuesto fue aprobado por parte de ICODER, para diez cantones seleccionados.
- Realización de una caminata recreativa con la participación de 200 personas en el Parque Metropolitano la Sabana, coordinado por la Región Central Sur.
- Realización de once eventos de promoción de la salud: en Ciudad Quesada, en el marco de la estrategia “Domingos en movimiento” coordinada por la RECAFIS de Ciudad Quesada; tardes bailables en Moravia y Goicoechea durante los días sábados.

Desafíos

- ✓ Aprobación por parte de las autoridades de salud y asignación presupuestaria para el proyecto nacional con la RECAFIS.
- ✓ Aval y firma del convenio entre Ministerio de Salud e ICODER para integrar y consolidar acciones conjuntas y recursos.
- ✓ Conclusión del análisis y documentación

de los resultados del componente de actividad física en la “Encuesta de Consumo de Drogas del IAFA”.

- ✓ Validación final y edición de las “Guías de Actividad Física y Salud”.
- ✓ Provisión de recursos humanos y financieros para la implementación de la estrategia y su plan de acción.

SALUD DE LAS PERSONAS

Enfermedades transmisibles

Inmunizaciones

Situación actual

Costa Rica cuenta con un esquema de vacunación muy completo, en comparación con otros países de la región, e incluso del mundo. Éste incluye vacunas acelulares, en esquema completo de vacunación para niños. Por el contrario, otros países aún utilizan esquemas de vacunación con células enteras. Las vacunas acelulares producen menos efectos secundarios molestos (tales como fiebre) lo cual es de gran beneficio para los niños.

Por otra parte, desde hace siete años se cuenta con una vacuna polio inactivada, lo cual es muy importante ya que se evita la aparición de casos de polio post-vacunal. Sin embargo, un requisito para la utilización de estas vacunas inactivadas se requiere coberturas altas, por encima del 95% de cobertura, lo que actualmente sucede en el país.

A pesar de que el esquema de vacunación

costarricense es bastante completo, aún no cuenta con la vacuna contra el rotavirus, ni con la vacuna contra el papiloma. A la fecha, ya se han llevado a cabo los estudios de costo-efectividad por parte de equipos técnicos del Ministerio de Salud de la CCSS, con el apoyo técnico de la OPS/OMS. El estudio de costo-efectividad de la vacuna contra rotavirus se concluyó y presentó a la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), así como también a la CCSS. Actualmente, se está a la espera de la respuesta de la CCSS para iniciar con la vacunación contra el rotavirus a nivel nacional. En relación con la vacuna contra el papiloma (VPH), se espera que el estudio concluya durante los meses de marzo o abril del 2017, para posteriormente ser presentado a la CNVE y a la CCSS, a fin de valorar la factibilidad de su introducción en el esquema del país.

Con el propósito disminuir la renuencia a la vacunación, sobre todo por parte de personas extranjeras migrantes, así como de sus niños que nacen en nuestros hospitales, públicos o privados, la Región Chorotega, realizó durante el 2016, acciones para concientizar y empoderar al personal de la seguridad social, a fin de facilitar el abordaje de situaciones difíciles, y que cuenten con herramientas legales y soporte por parte del Ministerio de Salud y otras instituciones como PANI y Tribunales de Justicia. Asimismo, se coordinó con el Hospital Clínico San Rafael Arcángel (establecimiento privado que cuenta con maternidad) a fin de corroborar los esquemas de vacunación y darles el seguimiento adecuado.

Logros

- Coberturas de vacunación preliminares adecuadas (entre 90 y 95% , cuadro 8)

Cuadro 7
Porcentaje de cobertura de vacunación, según tipo de vacuna, Costa Rica, 2016²³.

Tipo de vacuna	Porcentaje de cobertura
BCG	87
Pentavalente, 1 dosis	94
Pentavalente, 3 dosis	95
Hepatitis B, 3 dosis	94
Neumococo, 2 dosis	94
SRP, 15 meses	93
SRP, escolares	87
Varicela	94
Toxoide diftérico	93

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

²³ Datos preliminares.

- Capacitación de capacitadores de los niveles regionales del Ministerio de Salud sobre el Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC).
- Creación de un vacunatorio en el servicio de maternidad del Hospital Clínico San Rafael Arcángel, de la Región Chorotega, con el fin de proveer de vacunas BCG y Hepatitis B, a los recién nacidos y sean egresados con su respectivo libro de niño sano.

Desafíos

- ✓ Utilización del SINOVAC por parte de los establecimientos privados a fin de tener un control estricto de las vacunas aplicadas.

Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

Situación actual

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) ocurren debido a la ingestión de alimentos contaminados con microorganismos o sustancias químicas. La contaminación de los alimentos puede producirse en cualquier etapa del proceso que va desde la producción hasta el consumo de éstos ("de la granja al tenedor") y puede deberse a la contaminación ambiental, ya sea del agua, la tierra o el aire.

La manifestación clínica más común de una enfermedad transmitida por los alimentos es la aparición de síntomas gastrointestinales. Estas enfermedades también pueden dar lugar a síntomas neurológicos, ginecológicos,

inmunológicos y de otro tipo, incluso pueden provocar la muerte. Cuando ocurre un brote; las consecuencias sanitarias y económicas son devastadoras convirtiéndose un verdadero problema de salud pública.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) en Costa Rica es de notificación obligatoria y forma parte del grupo de ETA. Desde 1994 y hasta la fecha la EDA ocupa el segundo lugar en la notificación colectiva al Ministerio de Salud. Un estudio realizado en nuestro país, estimó que el 32% de los casos notificados de EDA es de origen alimentario, de ahí la importancia de su vigilancia.

Para el 2016, los datos preliminares indican que de enero a diciembre hubo 271.671 consultas, lo que representó una tasa de incidencia de 5.555, 2/cien mil habitantes. La mortalidad en el 2015 fue 2,48 defunciones/100 mil habitantes que corresponde a 120 defunciones.

Logros

- Estimación de la carga de enfermedad que producen las diarreas en nuestro país. Los resultados se dieron a conocer en el 2016, con datos del 2010-2013 y podrán utilizarse para la implementación de estrategias tendientes a disminuir la incidencia y mortalidad por esta causa. Los costos asociados a las EDA se pueden observar en el siguiente cuadro.

Cuadro 8
Costos estimados por EDA según consultas, estancia hospitalaria e incapacidades.
Costa Rica: 2010 al 2013, Ministerio de Salud, 2016.

Año	Número de consultas	Estancia hospitalaria	Número de incapacidades	Total pagado (millones de colones)
2010	20.718.685,36	2.248.069,27	522.337,77	1.334,2
2011	19.376.888,67	2.339.886,87	622.576,93	1.268,9
2012	21.823.664,75	2.883.567,34	505.296,31	1.432,1
2013	24.048.176,92	2.885.028,37	618.276,88	1.564,9
Total	85.967.415,70	10.356.551,85	2.268.487,89	5.600,1

Fuente: Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades (RCP), CCSS, 2016.

Desafíos

- ✓ Disminución de la mortalidad por EDA la cual entre el 2011 y el 2015 aumentó un 56% (1.39 defunciones por cien mil habitantes a 2, 48 en el 2015).
- ✓ Fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control de alimentos, con el propósito de disminuir la incidencia y mortalidad por alimentos contaminados.

Arbovirosis (Dengue, Zika y Chikungunya)

Situación actual

En el 2016, Costa Rica se enfrentó por primera vez a tres enfermedades transmitidas por el mismo vector, *Aedes aegypti*. El año inició con una epidemia de Dengue; y las curvas de tendencia mostraban que de seguir en aumento se podría convertir en uno de los peores años de la historia.

Además, en el mes de marzo inician los primeros brotes de Zika, que afectaron en primera instancia a la provincia de

Guanacaste, diseminándose luego por el resto del territorio nacional.

En el caso de Chikungunya, los casos empezaron a disminuir conforme avanzaron las semanas, predominando la circulación de los virus de Zika y Dengue. El año cerró con 22.605 casos de Dengue, 1.614 casos de Zika confirmados y 3.421 casos de Chikungunya.

La Región Central Occidente presenta la menor tasa de incidencia a nivel nacional de casos de arbovirosis transmitidas por vectores. Se presentaron 65 casos de Dengue, un caso de Chikungunya y 12 de Zika.

En la Región Chorotega, los cantones más afectados por el virus Zika fueron Santa Cruz y Cañas, en las semanas 32 a 48 del año (un promedio de 43 casos por semana). Se detectaron 46 mujeres embarazadas con sospecha de la enfermedad. Además, se presentaron 2.826 casos de dengue y 1.247 casos de Chikungunya, lográndose el control de todos los brotes.

En el 2016, debido al aumento de casos de Dengue y Chikungunya y con la entrada del Virus de Zika y en respuesta al Decreto No. 39.526-MP-S *“Estado de emergencia por la proliferación del vector del Dengue, Chikungunya y el Zika”*, el Área Rectora Puntarenas-Chacarita, en alianza con la Cámara de Turismo de Puntarenas y la oficina local del Instituto Costarricense de Turismo (ICT), desarrollaron una estrategia para involucrar al sector turismo que estaba siendo afectado.

La estrategia consistió en promover el proceso de *“Certificación para empresas Turísticas Libres de criaderos de Aedes aegypti”* por medio del llenado de cinco formularios. Algo importante de destacar es que la inscripción fue gratuita.

Desde el 2013, el Área Rectora de Turrialba de la Región Central Este, ha desarrollado el *“Proyecto Galardón Cero Dengue”*. La población beneficiaria de este proyecto es de 88.347 habitantes de los cantones de Turrialba y Jiménez, y está orientado hacia la facilitación de un adecuado acercamiento entre los distintos actores sociales, por medio de acciones de comunicación y divulgación sobre cambios de conducta, y buenas prácticas en salud ambiental, a fin de conseguir un mayor interés, compromiso, responsabilidad y empoderamiento en el valor de la salud.

Logros

- En el contexto regional, Costa Rica tuvo la capacidad de retardar la transmisión autóctona del Zika por más de un mes,

lográndose controlar los primeros dos brotes que se presentaron en Sámara y Alajuelita. En Sámara por ejemplo, se llegó a documentar una vez atendido el brote un período de ausencia de transmisión autóctona de cinco semanas. En Alajuelita, donde se dio el primer caso autóctono del Gran Área Metropolitana, una vez atendido intensamente el brote durante el mes de abril de 2016, no fue hasta luego de seis semanas que se detectaron nuevos casos en esa comunidad.

- El Programa de Manejo Integrado de Vectores visitó 687.128 viviendas, eliminando o tratando 2,964.539 sitios de cría de *A. aegypti*. Además se fumigaron 759.234 viviendas.
- Reversión de la curva de tendencia de casos de Dengue y Chikungunya, lográndose ubicar en la zona de seguridad del canal endémico en los últimos meses del año.
- Ejecución del Plan General de Emergencia por la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, en el cual se ejecutaron en el 2016 más de ₡ 600.000.000,00, en conjunto con la Comisión Nacional de Emergencias. Este plan permitió la compra de insumos para fortalecer el trabajo de campo del Programa de Manejo Integrado de Vectores del Ministerio de Salud. Se adquirieron bombas de fumigación, insecticida químico y se incentivó el uso del control biológico.

- Adquisición e inicio de la entrega de kits preventivos (mosquiteros y repelentes) contra el Zika, que beneficiaron a 5.000 mujeres embarazadas en esta primera etapa y que se continuará durante los años subsiguientes. Costa Rica es uno de los pocos países de América Latina que tomó esta iniciativa, con el fin de mitigar el riesgo de nacimientos con malformaciones congénitas asociadas a este virus y proteger a la mujer embarazada especialmente.
- Aprobación del plan general de la emergencias por la proliferación de *A. aegypti* para ejecución en cinco años, el cual beneficiará a la población con más insumos y recursos para el abordaje de ésta problemática.
- En el 2016 no se registraron muertes asociadas a ninguna de estas tres arbovirosis.
- Elaboración del *"Protocolo Nacional de Vigilancia para el Virus del Zika y sus complicaciones"*.
- Participación activa en la elaboración del protocolo de *"Vigilancia de Síndrome Congénito Asociado a Zika"* y de los *"Lineamientos de Atención a la Mujer Embarazada y el Recién Nacido en el Contexto del Zika"*. Todos en coordinación con el INCIENSA.
- No se presentaron brotes de enfermedad por el virus de Chikungunya.
- Capacitación de 55 funcionarios del Programa de Manejo Integrado de Vectores como técnicos de entomología médica. Lo cual les permitirá, un desempeño de sus funciones de mayor calidad y eficiencia.
- Ejecución del primer concurso *"Innovación de la Implementación Cero Criaderos"*, en centros educativos, públicos y privados del Cantón de Limón, con el objetivo de fomentar la articulación, participación y compromiso de la comunidad y obtener el *"Galardón Cero Criaderos de Dengue, Chikungunya y Zika"*.
- Certificación de hoteles, restaurantes y tour operadores, como empresas turísticas libres de *Aedes aegypti* en el cantón de Puntarenas.
- Otorgamiento del *"Galardón Cero Dengue"* a ocho instituciones u organizaciones: Municipalidad de Jiménez, Escuela El Recreo, Escuela La Margoth, Escuela Asentamiento Yama, Universidad Estatal a Distancia, Liceo de Tucurrique, Cruz Roja de Tucurrique y Centro Agrícola de Tucurrique, ya que cumplieron con una serie de requisitos tales como, la conformación del grupo organizado, inscripción de una categoría, realizar un plan de trabajo, ejecutar las actividades planificadas y presentar un informe final.
- Elaboración, socialización y distribución de la *"Guía Personal para la Eliminación*

de Criaderos”, en las instituciones públicas y privadas, comunidades y centros educativos de todo el país, con el objetivo de facilitar la identificación y eliminación de los distintos tipos de criaderos de *A. aegypti*. La intención

es involucrar a la población no solo en la eliminación de los criaderos de su entorno, si no motivarlos para que se conviertan en eliminadores de criaderos de su vecindad.



GUÍA PERSONAL PARA ELIMINACIÓN DE CRIADEROS

Proteja su casa, centro de trabajo y lugar de recreo o esparcimiento. Al menos una vez por semana, junto con su familia y vecinos, verifique que se eliminen los posibles criaderos y también que se estén realizando algunas acciones descritas en la siguiente lista:

- ☐ Blocks de construcción, elimine el agua estancada y tápelos.
- ☐ Árboles, tapias y paredes, rellene los huecos con tierra o cemento.
- ☐ Zapatos viejos, elimínelos.
- ☐ Juguetes, elimine o coloque bajo techo.
- ☐ Plantas de bromelias, elimine el agua que acumulan
- ☐ Llantas, reciclelas o guárdelas bajo techo.
- ☐ Floreros y plantas sin agua.
- ☐ Tarros o envases de vidrio, plástico o metal, reciclelos y/o guárdelos limpios bajo techo.
- ☐ Plásticos negros sin ningún depósito de agua.
- ☐ Tazas para mascotas limpias y cepilladas (cambio de agua diario).
- ☐ Terrenos baldíos limpios y libres de aguas estancadas.
- ☐ Macetas o maceteros, eliminar el plato.
- ☐ Tanques o baldes para almacenamiento de agua, cerrados.
- ☐ Pilas lavadas con cepillo y sin acumular agua.
- ☐ Caños y zanjias, limpias y sin acumular agua.
- ☐ Canoas limpias con cepillo y que drenen bien.
- ☐ Zonas verdes limpias.
- ☐ Alrededores de la casa libres de potenciales criaderos, sin aguas estancadas.
- ☐ Tanques sépticos, su respirador, con malla para evitar que el mosquito se reproduzca.
- ☐ Cercas o mallas perimetrales. Los tubos verticales de la misma deben estar cerrados en su parte superior o perforar en la base, para que drene el agua.
- ☐ Ceniceros o desagües tapados.

Promueva junto con sus vecinos la limpieza de los espacios comunes.

www.ministeriodesalud.go.cr Teléfonos: 2223 0333 Ext 226, 246, 263 / 2221 6158 / 2221 0183



- Elaboración y publicación semanal de un boletín conteniendo la situación epidemiológica y entomológica a nivel nacional, con el propósito de informar a los diferentes actores sociales, tanto públicos como privados, así como a la población en general, sobre la situación epidemiológica del dengue, chikungunya y zika; así como la densidad vectorial, los sitios de cría y las acciones realizadas.
- Realización de campañas de recolección y adecuada disposición de residuos no tradicionales en los cantones más afectados por estas tres arbovirosis, en alianza con empresas públicas y privadas.
- Entrega de catorce reconocimientos a empresas públicas y privadas por su abnegada lucha contra el mosquito *A. aegypti*.
- Realización de alianzas con diversos medios de comunicación para informar y concientizar a la población sobre aspectos importantes sobre el control y prevención de estas enfermedades.
- ✓ Incorporación activa de la comunidad en las actividades de prevención de estas enfermedades.
- ✓ Coordinación y articulación de las instituciones según sus competencias, a fin de prevenir y controlar las enfermedades vectoriales.
- ✓ Sostenibilidad y seguimiento de la estrategia: “*Certificación para empresas Turísticas Libres de criaderos de Aedes aegypti*” y fortalecimiento de la alianza MS-ICT en el cantón de Puntarenas.
- ✓ Es necesario, igualmente asegurar la operación del equipo requerido por estos funcionarios y la dotación de equipo nuevo, en donde destaca la necesidad de receptores GPS, para iniciar la georreferenciación de los eventos y las acciones de control desarrolladas, y de esta manera sacar provecho a la capacitación recibida en meses anteriores.
- ✓ Debido al aumento de casos de Dengue en el 2016 y al presentarse enfermedades como Chikungunya y Zika en nuestro país (transmitidas por el mismo vector: *Aedes aegypti*); la Región Central Norte consideró que una de las estrategias más importantes para bloquear la transmisión de las enfermedades, es trabajar en cortar el ciclo de vida del vector, por eso, se detectó la necesidad de capacitar a diferentes actores sociales, internos

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las tres enfermedades desde el diagnóstico clínico, laboratorio e integración de todos los componentes con el trabajo diario de Manejo Integrado de Vectores.

y externos, en aspectos propios de la biología y ecología del mosquito, con el fin de que las personas tuvieran mayor conocimiento al respecto y comprendan mejor su comportamiento y puedan contribuir con la eliminación de los criaderos de manera más efectiva, en bien de la salud de la ciudadanía.

- ✓ Promoción y sostenibilidad del Proyecto *"Galardón Cero Dengue"*.

Tuberculosis

Situación actual

Costa Rica está incluida dentro de los países de baja incidencia de tuberculosis, con una tasa incidencia de 9 casos/100.000 habitantes en el 2014. La tendencia anual de los casos de TB es hacia la disminución, manteniendo un descenso constante por año desde 1999.

Los casos de TB según grupo de edad y sexo en el período 2010-2014 tienen un predominio en el sexo masculino, con un promedio de 250-260 casos promedio en los diferentes grupos de edad establecidos, a partir de los 25 años. Las mujeres han presentado una disminución de los 25 a 64 años, pasando de 160 a 80 casos, e incrementan levemente a partir de los 65 años.

La mortalidad también ha ido en descenso con tasas que van de 1,1/100.000 en el 2011, 0,8/100.000 en el 2012 y 0,68/100.000 en el 2013. En el 2014 se presentó un aumento leve a 0.88/100.000 habitantes.

En el país, además de las consultas establecidas para el control se realiza búsqueda activa en otro tipo de consultas para captar casos sospechosos. Se mantiene un trabajo diario con el tratamiento supervisado a los pacientes diagnosticados y se brinda el tratamiento preventivo a los contactos de pacientes positivos por el bacilo, que así lo requieran.

Existe un laboratorio nacional de referencia que brinda el apoyo necesario a los pacientes diagnosticados, con valoración de frotis, cultivos y prueba de sensibilidad a los antibióticos.

Logros

- Ajuste de la Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis para la oficialización de la *"Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis"*. Decreto Ejecutivo 39714-S (La Gaceta el lunes 13 de junio 2016).
- Elaboración del *"Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis"*. El cual se publicó mediante DM-CB-4748-2016 (La Gaceta 237, del 9 de diciembre 2016, página 4).

Desafíos

- ✓ Implementación del Plan de Acción de la *"Estrategia Mundial y Metas para la Prevención, la Atención y el Control de la Tuberculosis después del 2015"* a fin de promover el abordaje integral de la tuberculosis.

Malaria

Situación actual

La malaria se ha presentado con características de endemia desde 1990 en nuestro país, restableciéndose la transmisión en amplias regiones de la Vertiente Atlántica y dispersándose a otras áreas. Se considera área malárica, aproximadamente el 70% de los 51.000 km² de nuestra superficie territorial, con una población en riesgo estimada para el año 2016, de 1.892.426 habitantes.

En el año 2016 se registraron 13 casos de malaria con un índice parasitario anual (IPA) de 0,007/1000 habitantes. Nueve de los casos fueron importados y cuatro son autóctonos.

De los nueve importados, seis fueron por *P. vivax* (2 provienen de Perú, 3 de Guyana y 1 de Colombia) y tres correspondieron a *P. falciparum* (1 proviene del Congo, 1 de Colombia y 1 de Mozambique). Los cuatro casos autóctonos fueron causados por *P. vivax* (localidad de Saborío, Distrito Carrandí, cantón de Matina). Todos los casos se confirmaron en el examen microscópico y por la técnica de PCR-Tiempo Real en el CNRP-INCIENSA.

Costa Rica está en la lista de los países de la OPS/OMS en fase de pre-eliminación para avanzar a corto plazo hacia la eliminación de la malaria, lo cual facilitó la participación del país en la "Iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla Española" (EMMIE) en el año 2020, auspiciada

por el Fondo Mundial contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. Según la última misión de verificación de la Línea Base el país es candidato para recibir los fondos de recompensa.

Logros

- Acreditación del "Premio Campeones de la Malaria", para lo cual se filmó un video (con ayuda de OPS) en las localidades de Limón y de Matina, con entrevistas a varios actores sociales a fin de aportar a los jueces mayores herramientas y evidencia de la situación.
- Disminución de la incidencia y del riesgo de enfermarse por malaria a nivel nacional.

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento de la vigilancia tanto pasiva como activa, mediante la búsqueda de casos asintomáticos y proactivamente en la población migrante procedente de países donde la malaria es endémica, tanto en Mesoamérica como en lugares con evidencia de resistencia a la cloroquina.

VIH-sida

Situación actual

La prevalencia del VIH en población general es de 0,14%, en el grupo de 15 a 24 años es de 0,11% y en el de 15 a 49 años 0,26%.

En el período 2002-2015, se diagnosticaron 8.219 casos de VIH (182,5/100.000 habitantes)²⁴.

²⁴ Datos de estimaciones, 2014.

En Costa Rica todavía se presentan cifras de aumento de la epidemia, para el año 2015, la Dirección de Vigilancia de la Salud reporta 8219 personas con VIH, de estos 6225 son hombres y 1594 son mujeres. Es decir, por cada 4 hombres con VIH, hay una mujer, en razón 4/1. Para este año, se detectaron 875 casos nuevos, con 742 hombres y 133 mujeres.

La tendencia de la mortalidad por sida presentó un descenso a partir del año 1998, debido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura; a partir del año 2000 se observa una tendencia a la estabilización de la mortalidad.

Las tasas de mortalidad masculina, se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis.

Para el período 2002-2015 se registraron 1882 defunciones por sida. El 81,1% de las defunciones se presentaron en el sexo masculino.

De la mortalidad por sida según la causa específica, el 61.0% de las defunciones están asociadas a enfermedades infecciosas y parasitarias, el 15.6% a otras enfermedades especificadas, el 11.7% a otras afecciones, el 7.1% a enfermedades sin otra especificación y el 4.5% a tumores malignos.

Logros

- Elaboración, oficialización y divulgación del Plan Estratégico Nacional 2016-2021, en concordancia con el “Llamado a la acción y a las metas 90, 90, 90”.

- Revisión y ajuste de la propuesta de reforma de la Ley 7771, aprobada el 1 de julio 2015 por la Comisión de derechos humanos bajo expediente: N° 19.243. Se encuentra en plenario legislativo, dentro de la lista de proyectos a analizar en sesiones extraordinarias.
- Revisión y actualización de los criterios para la aprobación de proyectos de las organizaciones no gubernamentales ante la Junta de Protección Social, en cumplimiento a la Ley 8718, Artículo N°8, inciso F”.
- Realización del ejercicio: “Marco de Inversión de Costa Rica 2016”, herramienta para ayudar al gobierno, a la sociedad civil y otros socios a maximizar el impacto de su respuesta al VIH. Busca contribuir a una mejor movilización de los recursos nacionales e internacionales necesarios, así como a lograr un uso óptimo de estos recursos. La herramienta se basa en un enfoque de derechos humanos, en el que se entiende que para dar una respuesta que se adapte a las necesidades de los más afectados y vulnerables al VIH, se debe facilitar información basada en la evidencia y en la programación racional y transparente de los recursos.
- Evaluación de la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en términos de supresión de la carga viral plasmática en Costa Rica. La medición se realizó con datos del 2013 y permite

el monitoreo de los servicios de diagnóstico, atención y tratamiento a nivel individual, al mismo tiempo que contribuye a evaluar el impacto en la prevención del VIH (OMS-OPS, 2014).

- Elaboración y oficialización del Acuerdo Ejecutivo N° DM-CB-4749-2016, que declara de interés público y nacional la “Norma Nacional para la Atención en Salud Libre de Estigma y Discriminación a las Personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Intersex (LGTBI) y otros hombres que tienen sexo con hombres”.
- Proyecto “Modelo Sostenible de Prevención Combinada para Población Hombres que tienen Sexo con Hombre y Trans Femeninas”, con aporte del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la malaria y la tuberculosis, cuyo propósito es servir como catalizador para impulsar la institucionalización, articulación multisectorial y sostenibilidad de la prevención en poblaciones donde se encuentra concentrada la epidemia en el país.
 - o Actualización y aprobación del Reglamento de Funcionamiento del Mecanismo Coordinador de País Costa Rica (MCP-CR)
 - o Elaboración y aprobación del Reglamento sobre la Representación de la Sociedad Civil ante el Mecanismo Coordinador de País Costa Rica (MCP-CR)
 - o Fortalecimiento del Mecanismo Coordinador de País Costa Rica (MCP-CR), integración de nuevos miembros gubernamentales y desarrollo de asambleas y ratificación de nombramiento de los representantes de ONGs inscritas en CONASIDA, representantes de Personas con VIH, hombre y mujer, representantes de población trans femeninas.
 - o Cumplimiento de las metas de prevención combinada en los grupos poblacionales meta, según marco de desempeño.
 - o Fortalecimiento de las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC), para lograr una articulación efectiva, entre Estado y OSC, para la prevención y atención de las poblaciones clave y en concordancia con principios de derechos humanos.
 - o Elaboración del “Plan de Incidencia Política” generado por las organizaciones con acompañamiento de la Defensoría de los Habitantes.

Desafíos

- ✓ Aprobación de la reforma a la Ley 7771 por parte de la Asamblea legislativa
- ✓ Consolidación del proyecto de prevención en el país: “Modelo sostenible de prevención combinada

y atención a la población de hombres que tienen sexo con hombres y Trans femenina” y trascender la prevención a otros poblaciones.

- ✓ Articulación de acciones para el cumplimiento del “Plan Estratégico Nacional 2016-2021”.
- ✓ Fortalecimiento de las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) en gestión de proyectos, para la utilización de fondos públicos provenientes de las utilidades de la Lotería Nacional Ley 8718 Artículo N°8.y la sostenibilidad de las acciones.

Enfermedad de Hansen o lepra

Situación actual

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada hasta hace unos años por *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos. Es una enfermedad curable y si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad. Desde el 2008, se sabe que la *Mycobacterium lepromatosis* también la trasmite y que ambas bacterias pueden coexistir.

Desde 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona gratuitamente a todos los enfermos leproso del mundo el tratamiento, que es una opción curativa muy eficaz para casi todos los tipos de lepra. El control de la lepra ha mejorado mucho gracias a las campañas nacionales y locales llevadas a cabo en la mayor parte de los países donde la enfermedad es endémica.

A finales de 2015, la prevalencia mundial de la lepra era de 176.176 casos (0,2 casos por 10 000 habitantes), según informes oficiales de la OMS ha publicado. El número de nuevos casos notificados en el mundo en 2015 fue de 211.973 (2,9 casos por 100 000 habitantes). Brasil presenta la prevalencia más alta de América, a pesar de que la mayoría de los países notifican casos. Costa Rica está en el grupo de países que reporta menos de 100 casos por año (menos de uno caso por diez mil habitantes).

En el 2012, se implementó en el país la nueva “Norma para la Atención Integral, Control y Tratamiento de la Enfermedad de Hansen. El tratamiento supervisado que indica la norma inició, en el 2013.

En el primer trimestre de 2016, la Dirección de Vigilancia solicitó a la OMS medicamentos para 24 pacientes con esta enfermedad. La mayoría de ellos con grado 1 de discapacidad.

En nuestro país se ha identificado que el 50% de los casos corresponde al tipo “lepra lepromatosa difusa” y la mayoría de ellos no se han curado, a pesar de que han recibido tratamiento. Como los tratamientos se extienden hasta por más de 36 meses, se consideró que es posible que esta situación podría estar afectando la falta de adherencia a los medicamentos. Por este motivo, la Dirección de Vigilancia, a solicitud del Ministro de Salud inició una investigación cualitativa que nos permitirá responder y conocer los motivos por los cuales los pacientes no se curan o abandonan el tratamiento.

Logros

- Implementación de la estrategia de tratamiento estrictamente supervisado (TES) en el 100% de las Áreas de Salud de la CCSS donde son diagnosticados los casos de lepra. Esta estrategia está recomendada internacionalmente para asegurar la curación de la enfermedad. Para implementar esta estrategia fue necesario establecer mecanismos de registro de pacientes para el seguimiento y control farmacológico, médico, de laboratorio y del personal de enfermería. Actualmente, se encuentran 24 pacientes bajo esta modalidad, la mayoría de ellos se localiza en la Región Brunca. Sin embargo, nuevos casos continúan apareciendo cada año, lo que indica que existe transmisión.
- Autorización por el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) de realizar la investigación cualitativa: "Factores Asociados con la administración del tratamiento en pacientes con lepra en Costa Rica". La cual permitirá conocer desde la perspectiva de los pacientes, los motivos por los cuales no se adhieren al tratamiento.

Desafíos

- ✓ Análisis de la primera cohorte casos de lepra.
- ✓ Detección temprana de los casos, mediante capacitaciones en las zonas

en las que se presenta mayor número de casos.

- ✓ Eliminación de la transmisión para Costa Rica. El número de casos nuevos por año que es alrededor de diez, nos permite avanzar hacia la eliminación de la transmisión.

Reglamento Sanitario Internacional

Situación actual

En cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional y como parte de las oportunidades de mejora en aspectos migratorios y de control de productos de interés sanitario, se visualizó la necesidad de fortalecer las fronteras. Para ello, con apoyo de la Dirección General de Migración y Extranjería, durante el 2016 se planificó la construcción de la Oficina Sanitaria de Salud en Peñas Blancas.

Logros

- Inició de la construcción de la Oficina Sanitaria de Salud de Peñas Blancas la cual se espera finalizar a inicios del 2017, con el propósito de contar con mejores condiciones para atender la problemática sanitaria relacionada con las fronteras y migraciones.
- Aceptación por parte la Junta Administrativa de la Dirección General de Migración y Extranjería, del Proyecto de construcción de la Oficina Sanitaria de Salud de Sereno, en la frontera con Panamá. Ésta constituye un proyecto

más complejo ya que atenderá población migrante indígena. Su construcción dará inicio a más tardar en junio del 2017.

- Elaboración de Planes de Contingencia en todas las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud de la Región Pacífico Central, para la atención de la problemática de la migración ilegal como un riesgo para la salud pública, con capacitación del personal en inspección de buques y emisión de certificados de sanidad.

Desafíos

- ✓ Operación de las dos Oficinas Sanitarias de Salud en ambas fronteras de Costa Rica.

Observatorio Geográfico en Salud (OGES)

Situación actual

El análisis de la distribución de los procesos de salud-enfermedad así como de los servicios de promoción, prevención y atención de la salud, han sido parte de las necesidades para planificación y evaluación de las políticas públicas en la materia.

El desarrollo tecnológico actual permite visualizar y analizar de una manera expedita y robusta, la forma en que la salud de las personas se presenta en el territorio nacional y cómo las condiciones del territorio pueden afectar el proceso de salud-enfermedad.

El Observatorio Geográfico en Salud (OGES) constituye una iniciativa del Ministerio de Salud dirigida a brindar acceso ciudadano, continuo y sistemático a la información en salud. Mediante la colaboración con la Universidad Estatal a Distancia (UNED), el Ministerio de Salud promovió el desarrollo de capacidades en sus funcionarios para producir información georreferenciada en salud; la cual es publicada de manera digital en el OGES, por medio de la utilización de software libre para ambos procesos.

Adicionalmente se establecieron estándares institucionales de nivel internacional para la garantía de la calidad de los datos.

Logros

- Desarrollo de la plataforma digital interactiva del Observatorio Geográfico en Salud con mapas de establecimientos de salud (Ministerio de Salud y CEN-CINAI), así como 17 mapas temáticos sobre cáncer, enfermedades vectoriales, mortalidad prematura y disposición de residuos. Congruente con las disposiciones del gobierno digital y el acceso ciudadano a la información, además, la plataforma permite la descarga de las capas geográficas, las hojas de cálculo, las imágenes y los metadatos de cada uno de los mapas.
- Generación de una economía de costos a largo plazo en licencias y procesos administrativos para actualizarlas por medio de la investigación y posterior

uso de software libre, tanto para la producción de los mapas, como para el diseño y mantenimiento de la plataforma digital.

Desafíos

- Desarrollo de un marco institucional conceptual, administrativo y operacional que permita el sostenimiento del OGES así como su futuro desarrollo.
- Fortalecimiento del análisis de la salud que trascienda la visualización y se enfoque en el abordaje de la dinámica geoespacial de los fenómenos de salud-enfermedad.

Enfermedades no transmisibles (ENT)

Situación actual

Costa Rica ha logrado avanzar en el marco de las líneas de acción de la Estrategia Mundial, Regional y sus respectivos Planes de Acción para la prevención y control de las ENT. De esta manera, desde el año 2013, elaboró la *“Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las ENT y Obesidad”*, que fue oficializada y respaldada junto con su Plan de Acción en el año 2014, mediante Acuerdo en el Consejo de Gobierno.

La estrategia se basa en nueve metas nacionales, algunas de ellas basadas en las de la OMS, otras con un ajuste nacional, análisis retrospectivos y proyecciones viables de lograr las metas país.

La meta global de reducir la mortalidad prematura por ENT fue incluida en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, además de otras relacionadas con temas específicos de la *“Estrategia Nacional de ENT y Obesidad”*.

Tal es el caso de la reducción de obesidad en la niñez y el aumento de la población físicamente activa. No obstante, técnicamente se ha considerado necesario replantear la meta de mortalidad prematura, que permita un mejor abordaje y medición de los avances.

Para el desarrollo, implementación y seguimiento de la estrategia, se conformó una Comisión Nacional interinstitucional, convocada por el Ministro de Salud.

Con relación a los factores de riesgo, incluidos en la estrategia: obesidad, sedentarismo, consumo nocivo de alcohol, tabaquismo y consumo de sal/sodio; el país ha avanzado en cada uno de ellos mediante la implementación de estrategias, planes o acciones específicos:

- o El *“Proyecto para Reducir la Obesidad en la Niñez”*, que se encuentra en implementación para el periodo 2016-2017
- o *“Programa Nacional para el abordaje de la Obesidad”*
- o Proyectos adicionales en conjunto con la FAO, para mejorar la alimentación escolar en cantones de la Región Brunca.
- o Programa Nacional *“Ponéle a la Vida”* dirigido a adolescentes de 90

²⁴ Tasa ajustada/100.000 habitantes

colegios con mayor matrícula de todas las regiones del país.

- o *“Proyecto Nacional para la Promoción Sistemática y de Sensibilización de Actividad Física”*, el cual se implementará durante cinco años mediante las Redes Cantonales de Actividad Física y Salud (RECAFIS), en todo el país.
- o Implementación de advertencias en los paquetes de cigarrillos de tabaco, prohibición de la publicidad y más recientemente el análisis de mayores impuestos a productos de tabaco.
- o Con respecto al alcohol, existe legislación a nivel municipal para limitar el consumo de alcohol por parte de menores de edad, la Ley General de Tránsito y otras, que prohíben la publicidad de bebidas alcohólicas.
- o Con relación a los servicios de salud, se desarrolló un modelo de atención a pacientes con ENT, que será implementado en 14 Áreas de Salud de la CCSS, inicialmente en el año 2017.

Logros

- Conformación del equipo intersectorial de vigilancia ENT, en el marco de la Comisión Nacional de ENT y Obesidad.
- Realización de jornadas de divulgación sobre los avances en la implementación de la Estrategia Nacional para el

Abordaje Integral de las ENT y Obesidad.

- Realización de un análisis preliminar de costos de atención en salud y de bolsillo de las ENT.

Desafíos

- ✓ Desarrollo de la herramienta para el monitoreo y evaluación de la implementación de la Estrategia Nacional de ENT y Obesidad.
- ✓ Recopilación y sistematización de los resultados de encuestas y estudios relacionados con ENT, como base para el sistema de información y vigilancia de las ENT.
- ✓ Definición de lineamientos para la implementación de acciones en centros laborales, escuelas, comunidades y otros para la prevención y control de las ENT.
- ✓ Fortalecimiento del recurso humano y financiero para la implementación de la Estrategia y su Plan de Acción.

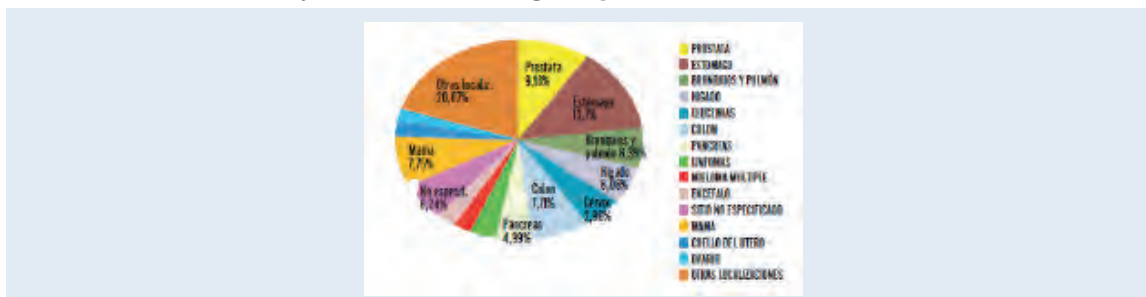
Cáncer

Situación del tema

Como se indica en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018: “Alberto Cañas Escalante”, el cáncer aporta el 33,3% de todas las defunciones en nuestro país, seguido por la enfermedad isquémica del corazón.

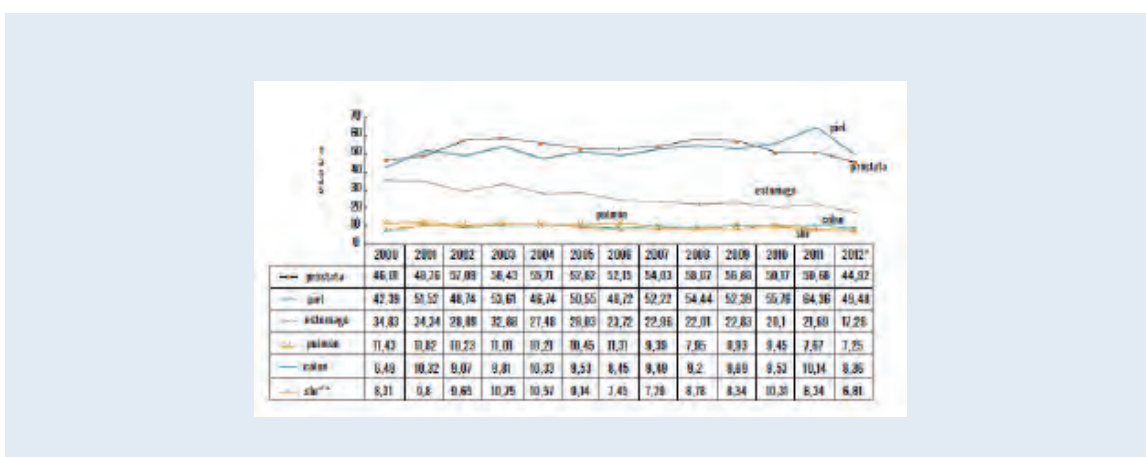
Según datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud del año 2013, la mortalidad proporcional por cáncer en Costa Rica se encuentra representada en el gráfico 1:

Gráfico 2
Porcentaje de mortalidad según tipo de cáncer, Costa Rica, 2013.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

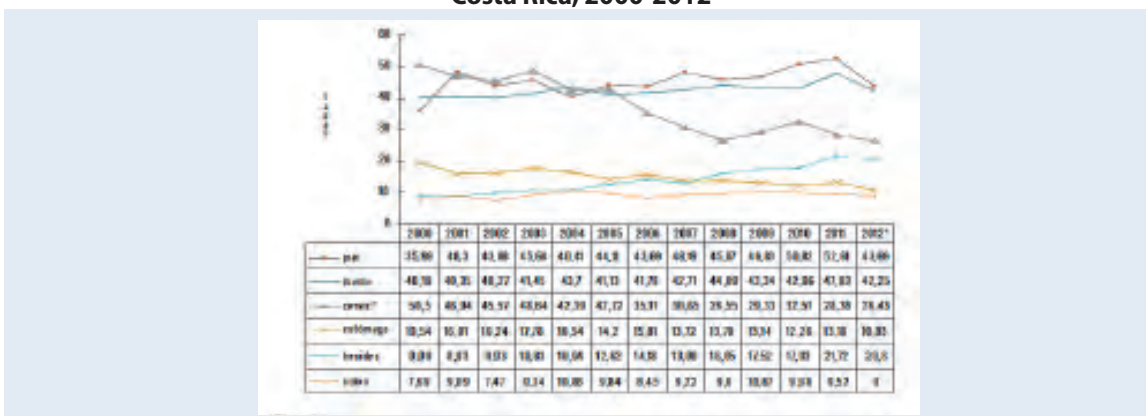
Gráfico 3
Incidencia²⁵ de tumores malignos más frecuentes en hombres, Costa Rica, 2000-2012



*Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores, Costa Rica, 2016.

Gráfico 4
Incidencia²⁶ de tumores malignos más frecuentes en mujeres, Costa Rica, 2000-2012



*Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores, Costa Rica, 2016.

²⁵ Tasa ajustada/100.000 habitantes

²⁶ Tasa ajustada/100.000 habitantes

El tema de “Cáncer” se aborda a nivel institucional por medio de:

- ✓ Consejo Nacional de Cáncer: la Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud, tiene a cargo las funciones de “Secretaría” y apoya al Ministro de Salud en todas las acciones institucionales que sean necesarias.
- ✓ “Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011- 2017”:
- ✓ Elaboración de normas: actualmente se cuenta con seis normas aprobadas: Cérvix (Decreto N° 33650-S), Soporte Nutricional en la Persona con Cáncer (38375-S), Próstata (38373-S), Pulmón (38376-S), Mama (Decreto N° 38377-S) y Piel (38515-S). Se encuentran programadas la elaboración en los próximos dos años de las normas de: colon y gástrico.

Logros

- Integración y participación activa (con voz y voto) del representante de las “Organizaciones que trabajan con pacientes con Cáncer”, al Consejo Nacional de Cáncer.
- Incorporación de Costa Rica al programa CONCORD, el cual realizará un estudio mundial sobre la supervivencia de cáncer. Esto permitirá a las autoridades en salud la toma de decisiones e implementación de acciones de mejora.

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento de la coordinación intra e interinstitucional en el abordaje del cáncer en nuestro país.
- ✓ Creación una red de Organizaciones No Gubernamentales que trabajen con pacientes con cáncer.
- ✓ Reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer en la población costarricense.
- ✓ Mejora del acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer.
- ✓ Fortalecimiento de los programas y campañas de prevención y control.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Información actual, mediante mayor disponibilidad de personal para lograr calidad y eficiencia en el suministro de la información.

Enfermedad renal crónica

Situación del tema

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y nuestro país no escapa de esta realidad. El aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad está aunado al aumento de casos de hipertensión arterial (HTA) y Diabetes mellitus (DM), sobrepeso y obesidad a nivel mundial.

Asimismo, basados en los datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y

Censos (INEC) y las del Ministerio de Salud por enfermedad renal crónica según la Clasificación Internacional de Enfermedades Vigente (N18, N19, I12, I13); se consideró como prioritario, declarar zonas de riesgo para la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad.

Logros

- Elaboración y publicación del decreto ejecutivo N° 39589-S La Gaceta del 6 de mayo de 2016: “Norma de Hidratación de las personas expuestas a estrés térmico por calor en actividades físicas de tipo laboral de riesgo IV”. Esta norma se oficializó con carácter de obligatoriedad de implementación en todas las actividades donde la persona se expone a este factor de riesgo.
- Elaboración y publicación del decreto ejecutivo N° 39709-S “Declaración de zonas endémicas para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica”, publicada en La Gaceta del 30 de junio de 2016.

Desafíos

- ✓ La publicación y aplicación de la Norma Nacional para la Prevención, Detección y Atención a las Personas con Enfermedad Renal Crónica, en los servicios de salud.
- ✓ La Norma de Hidratación tiene dos grandes desafíos: uno que el trabajador cumpla con sus obligaciones y la otra que el empleador provéa las bebidas isotónicas que establece la norma.

Cuidados paliativos

Situación del tema

De las 58 Unidades de la Red Nacional de Cuidados Paliativos identificadas a nivel nacional, 49 pertenecen a la Caja Costarricense de Seguro Social, y son lideradas por el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos y nueve son administradas por organizaciones no gubernamentales (ONG) que prestan servicios de índole asistencial en el tema.

La Ley N° 8718 denominada “Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales”, establece el método para la distribución de la utilidad neta de las loterías, los juegos y otros productos de azar. Esta misma ley considera a las Unidades de Cuidados Paliativos o de control del dolor, como un grupo prioritario, pero que administrativamente se supedita la subvención de éstas a la existencia de alianzas con alguna fundación o asociación, indistintamente si están aliadas con la CCSS o no. Asimismo, dicha ley establece como requisito adicional para la asignación oportuna del dinero de las loterías, que las Unidades de Cuidados Paliativos estén al día con los requerimientos de fiscalización que establece el Ministerio de Salud.

Actualmente, de las 49 Unidades de la CCSS, sólo 28 reciben fondos de la Junta de Protección Social pues han logrado la alianza con alguna organización local que capte esos recursos públicos.

El Decreto Ejecutivo N° 36656-S establece en su artículo 1 la creación del Consejo Nacional de Cuidados Paliativos, como órgano asesor en materia de Cuidados Paliativos, y adscrito al Despacho del Ministro (a) de Salud. El numeral 2 del mismo decreto, establece que el Consejo debe estar integrado por un representante de: Ministerio de Salud, quien preside; Caja Costarricense de Seguro Social, Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Federación Costarricense de Cuidados Paliativos, Fundaciones de Cuidados Paliativos y uno de Junta de Protección Social de San José.

Logros

- Se habilitó el 71,0% (54 establecimientos), por parte de las Áreas Rectoras de Salud. Sin embargo, durante el los últimos veinticuatro se ha visitado al menos en una ocasión al 94,7% de los establecimientos de cuidados paliativos. Cabe señalar que dicha visita de aplicación del cuestionario de habilitación no se realiza si no se cuenta de previo con el Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF) vigente.
- Durante el 2016, el 76,31% de los establecimientos evaluados logró cumplir con el 100% de los parámetros establecidos. Lo anterior, mediante la implementación de planes remediales. Lo anterior garantiza además equidad en las condiciones de los recintos a los que acceden los diferentes usuarios de los cantones del país, homologando esas condiciones precisamente con

la regulación que se ejerce desde el Ministerio de Salud.

- Durante el 2016 se celebraron 13 sesiones del dicho Consejo Nacional de Cuidados Paliativos, el cual elaboró el componente de Cuidados Paliativos para su debida incorporación en el Plan Nacional de Salud 2016-2020.

Desafíos

- ✓ Cumplimiento de las disposiciones del informe DFOE-SOC-IF-11-2015 generado por la Contraloría General de la República que aún se encuentran pendientes de cumplimiento.
- ✓ Alcanzar el 100% de visitas y emisión de actos administrativos correspondientes para atender las no conformidades encontradas en todos y cada uno de los recintos-sede de las Unidades de Cuidados Paliativos.
- ✓ Garantizar sostenibilidad en las condiciones idóneas de índole físico-sanitario de los inmuebles a lo largo del tiempo.
- ✓ Realizar visitas con participación inter niveles (central, regional y local) a las Unidades de Cuidados Paliativos, como estrategia de acompañamiento o asesoría técnica en el tema específico.
- ✓ Revisión conjunta con la Junta de Protección Social, de posibles opciones de financiamiento en este tema como proyectos específicos para suministros o bienes específicos.

NORMALIZACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD Y AFINES

Fecundación *in vitro*

Situación actual

Mediante la sentencia del 28 de noviembre de 2012, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), resolvió el caso *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*. En ese fallo, se ordenó al Estado costarricense, como garantía de no repetición, dejar sin efecto con la mayor celeridad posible la prohibición de practicar la fecundación *in vitro* (FIV) en el país, regular con prontitud los aspectos que considere necesarios para la implementación de la técnica referida, así como el sistema de inspección y control de calidad de las instituciones o profesionales calificados que desarrollen el método, entre otras. Adicionalmente, se dispuso que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) debe incluir paulatinamente la disponibilidad de la FIV dentro de sus programas de tratamiento de infertilidad.

Con el objetivo de cumplir con dicha sentencia del 28 de noviembre de 2012, el Poder Ejecutivo, representado por el Presidente de la República, el Ministro de la Presidencia y el Ministro de Salud, emitió el Decreto número 39210-MP-S, denominado *“Autorización para la realización de la técnica de reproducción asistida de fecundación *in vitro* y transferencia embrionaria”*. (La Gaceta número 178 del 11 de setiembre de 2015). Este decreto tiene como objetivos: garantizar el acceso a la FIV, así como el derecho a la vida privada y

familiar, el derecho a la integridad personal, la autonomía reproductiva, la salud sexual, el derecho a disfrutar de los beneficios científicos y tecnológicos de la más alta calidad, así como el principio de igualdad y no discriminación. En el artículo 6º, se consigna que el Ministerio de Salud está facultado para realizar las acciones de autorización de funcionamiento, así como inspección y control regulados en la Ley General de Salud, Ley número 5395.

De conformidad con los numerales 7º, 16º y 17º de dicho decreto, el Ministerio de Salud tiene la obligación de elaborar la Norma Técnica que establezca los lineamientos pertinentes para la práctica de la FIV, la conservación de los gametos y la habilitación para el funcionamiento de los centros de salud que aplicarán esta técnica de reproducción asistida en Costa Rica.

Por medio de la resolución del 26 de febrero de 2016, dictada por la Corte IDH en el proceso de supervisión de cumplimiento de sentencia del caso *Artavia Murillo y otros vs Costa Rica*, se ordenó mantener en vigencia el Decreto número 39210-MP-S, a efectos de dar seguridad jurídica a la implementación de la FIV en el territorio nacional

Logros

- Desarrollo de la Norma Técnica, que establece las pautas básicas técnicas y administrativas para efectuar este tratamiento en los servicios de salud.
- Desarrollo de la norma de habilitación a efectos de autorizar el funcionamiento

de los establecimientos públicos y privados que implementarán la FIV.

- Habilitación del primer servicio de salud en el país que puede realizar esta técnica el cual cumple con los estándares definidos en la norma respectiva.

Desafíos

- ✓ Contar con los recursos humanos, materiales y financieros para realizar de forma oportuna el seguimiento y supervisión de los servicios de salud autorizados para la realización de esta técnica.

Donación y trasplante de órganos y tejidos humanos

Situación actual

Actualmente, existen personas con lesiones o enfermedades graves e irreversibles que hacen que algunos de sus órganos o tejidos hayan perdido su función, llevando a una situación que no se puede solucionar con medicamentos ni técnicas quirúrgicas habituales, es ahí, cuando el trasplante es la única posibilidad de vida para muchos de ellos. Sin embargo, algunos de ellos no llegarán a tiempo. No sería posible realizar ningún trasplante sin la generosidad de aquellos que donan sus órganos. Por eso,

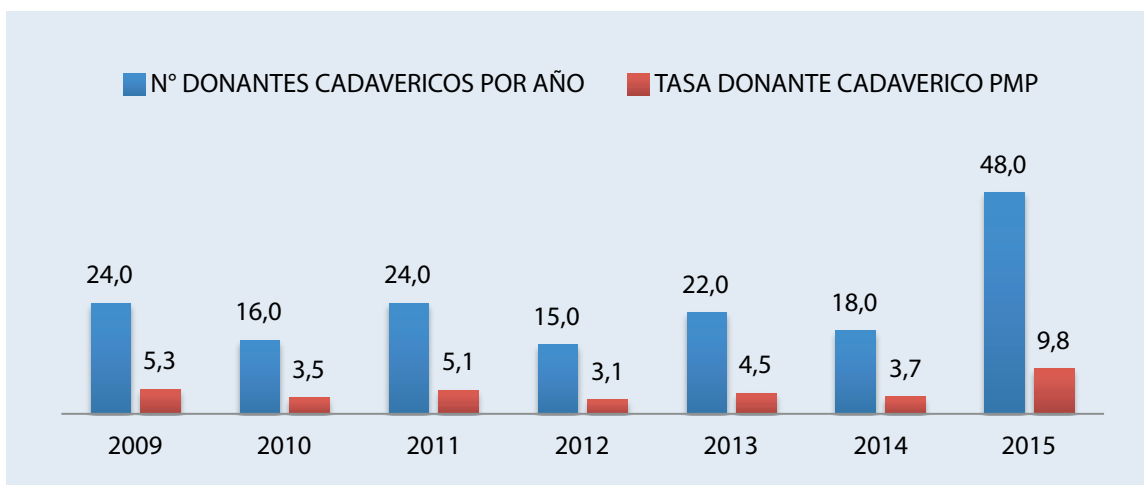
se considera imprescindible continuar fortaleciendo la cultura de donación en la población, sin dudas y tabúes, posibilitando que la decisión de donar se tome apegada a criterios como el altruismo, la información, confianza, transparencia y basados en postulados éticos, de respeto y beneficencia.

Costa Rica ha basado toda la reglamentación en relación con la donación y trasplante según lo establecido dentro del marco legal internacional y en los principios rectores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos.

Durante el año 2014 se promulgó la Ley 9222 “Ley de donación y trasplantes de órganos y tejidos”, por medio de la cual, la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, inició sus funciones con la elaboración de la Reglamentación a dicha ley, así como normativa específica que permita la captura de información, la distribución de órganos y tejidos, trazabilidad de los procesos de donación y trasplante, procurando garantizar la equidad, transparencia, seguridad y calidad, entre otros.

La tasa de donación de Costa Rica para el año 2015 fue de 7,5 ppm, distribuyéndose de la siguiente manera: 34 de donantes cadavéricos y 52 de donantes vivos renales.

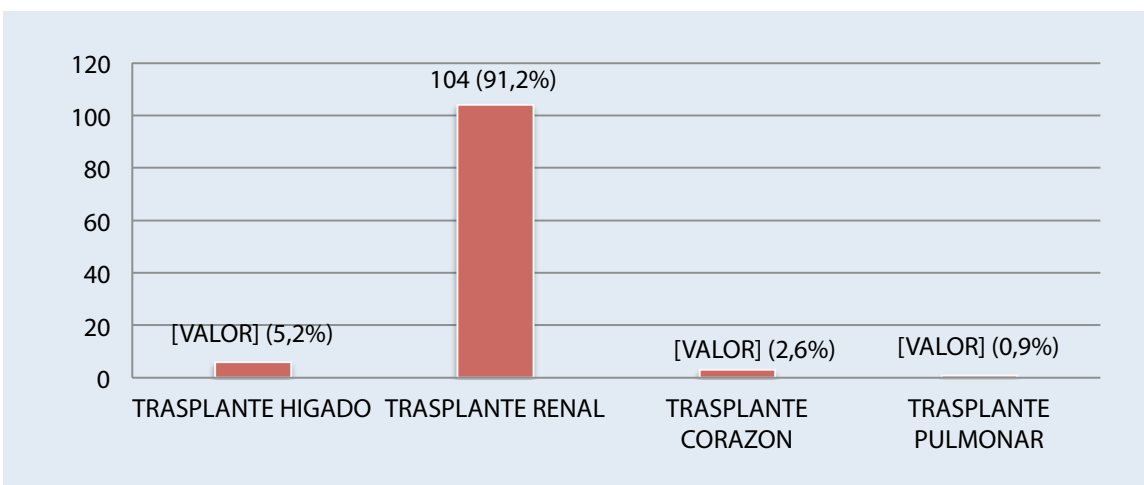
Gráfico 5
Número de donantes cadavéricos y tasa de donación por año, Costa Rica, 2009-2015



Fuente: Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica, 2016.

El gráfico anterior presenta la tendencia de los últimos siete años, el cual evidencia un aumento en la tasa de donación cadavérica de 3.7 % en el 2014 a 9.8% en el 2015, con un aumento de 30 donantes cadavéricos.

Gráfico 6
Trasplantes de órganos realizados en el 2015, Costa Rica, 2016.



Fuente: Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica, 2016.

El gráfico 6 se presenta el porcentaje de trasplantes de órganos realizados en el año 2015 de donante vivo y donante cadavérico tanto del sector público como privado. El 91,2% de los trasplantes realizados fue de tipo renal y el menor pulmonar (menos del 1%).

Logros

- Publicación e implementación del Reglamento a la ley 9222 “Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, Decreto Ejecutivo N° 39895-S, permitiendo realizar durante el año las siguientes acciones:
 - o Distribución hepática de donante cadavérico a receptores que se encuentran actualmente en la lista nacional.
 - o Autorización de establecimientos de salud que realizan procesos de donación y trasplante.
 - o Regulación específica de importación de tejido corneal.
 - o Declaración obligatoria de muerte encefálica, criterio de calidad que permite llevar el control de las principales causas de muerte número de donante, anuencia o negativas familiares.
 - o Declaración obligatoria de enfermedad renal crónica, estadística que permitirá al país estratificar el número personas portadoras de enfermedad renal crónica, principales factores etiológicos y desarrollo de la patología.

Desafíos

- ✓ Concientización de la población para realizar el acto de donación,

ya que éste se rige por el altruismo, la ausencia de ánimo de lucro y la confidencialidad, por lo tanto, dejar expreso en el documento único de identidad se torna vital para obtener la anuencia de una vez fallecido permitir dar vida.

- ✓ Cambio de paradigma de los prestadores de servicios en la implementación del Sistema Nacional de Donación de Costa Rica (SINADOC), sistema informático a cargo de la administración, gestión y fiscalización de las actividades de procuración y trasplante de órganos y tejidos en el ámbito nacional. Esta herramienta instrumentará los procesos de inscripción y actualización de la lista de receptores en espera, y aquellos de donación, distribución y asignación de órganos y tejidos establecidos en la normativa nacional.

Habilitación de servicios de salud y afines

Situación del tema

La Ley General de Salud dispone que las personas físicas o jurídicas públicas o privadas que requieran brindar servicios de salud y afines, deberán obtener el permiso o autorización del Ministerio de Salud, previo a su instalación y operación; para lo cual deben garantizar que reúnen o cumplen los requisitos legales generales y particulares establecidos.

Los establecimientos denominados como de salud y afines, han sido regulados a través de los años mediante diversas normativas generales y específicas para cada tipo de establecimiento.

El 23 de junio del 2016 se publicó el “Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud y Afines” N° 39728-S, el cual vino a sustituir el Decreto Ejecutivo N° 34728-S del 28 de mayo del 2008 “Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud”, el cual unificaba, lo correspondiente al otorgamiento del certificado de habilitación de servicios de salud y afines, las autorizaciones sanitarias y el permiso sanitario de funcionamiento.

Lo anterior por cuanto luego de un proceso de análisis se consideró conveniente y oportuno emitir un nuevo reglamento, por medio del cual se promueva la calidad de la atención en estos servicios buscando que se cumplan con los requisitos estructurales esenciales, que deben cumplir para poder operar de forma segura para los usuarios.

Logros

- Publicación del Decreto Ejecutivo N° 39728-S “Reglamento general de habilitación de servicios de salud y afines” (La Gaceta N° 121 del 23 de junio de 2016)

Desafíos

- ✓ Según lo que se ha evidenciado durante la aplicación del reglamento en los meses que ha estado vigente

se requiere, de una reforma de dicho reglamento para mejorar su aplicación.

- ✓ Dotación de personal idóneo, capacitado y suficiente a los niveles locales, a fin de garantizar la aplicación de dicha reglamento en todas las regiones del país.
- ✓ Establecimiento de un proceso sistemático y oportuno para la actualización de la normativa y procedimientos técnicos.
- ✓ Reactivación de los procesos de evaluación de servicios de salud, tales como: “Evaluación de Entidades Trazadoras” y “Evaluación del Primer Nivel de Atención”, a fin de promover el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Sistema de receta digital

Situación actual

Durante el 2016 se desarrolló el sistema digital para emisión de recetarios para sustancias estupefacientes y psicotrópicas y se inició el proceso de transición del papel a lo digital que culmina el 9 de mayo del 2017, momento en el que todas las partes (farmacias, médicos, odontólogos, regentes, droguerías) deberán utilizar el sistema digital, con el fin de reforzar los controles en la distribución de este tipo de fármacos en el Ministerio de Salud. Por su parte, los profesionales en salud de farmacias y droguerías podrán dar un seguimiento automatizado y facilitar el despacho de las recetas.

Los pacientes tendrán acceso a estos medicamentos solo con la presentación de la cédula de identidad en cualquier establecimiento con acceso al “Sistema de Receta Digital”.

Para los usuarios, la receta digital representa una serie de ventajas tales como: no existe el riesgo de perder la receta y permite una interacción directa entre el paciente y el médico.

Logros

- Desarrollo e implementación del “Sistema de Receta Digital”.
- Se ha capacitado e informado a la población de las ventajas y los requerimientos del cambio.

Desafíos

- ✓ Aceptación y utilización del sistema por parte de los servicios de salud públicos y privados.
- ✓ Sensibilización de los usuarios.
- ✓ Sostenibilidad del sistema.

Salud materno-infantil

Situación actual

Para el año 2016, la tasa de mortalidad infantil interanual (TMII) correspondiente al período noviembre 2015-octubre 2016 fue de 7,86 por mil; lo cual significa que de cada mil nacimientos registrados fallecieron ocho menores de un año. Cabe destacar que, la TMII del año anterior, para ese mismo

período, fue 8,22 por mil. De acuerdo con los datos anteriores, el país sigue manteniendo tasas de mortalidad infantil de una sola cifra.

En el caso de la mortalidad materna, la razón alcanzada para el 2013 fue de 2,0 defunciones por cada diez mil nacimientos, para el 2014 fue de 2,9 y para el 2015 fue de 2,65, manteniéndose por debajo de 3,0. Sin embargo, se mantiene un comportamiento en altibajos, sin visualizarse una tendencia a la disminución.

Estas cifras representan los esfuerzos realizados en el país, por las instituciones de salud a fin de mejorar la salud de la población materno-infantil; lo cual coloca a Costa Rica en una posición de privilegio a nivel latinoamericano en este tema.

A pesar de las estrategias implementadas a nivel nacional, regional y local para reducir las brechas e inequidades existentes en zonas y sectores de la población más vulnerables, se reconocen regiones del país que presentan los indicadores de salud más bajos, zonas con debilidades en la calidad de atención y dificultades de acceso a los servicios de salud. Por tal motivo, es indispensable que se realicen acciones diferenciadas a fin de lograr un impacto positivo y mejorar las condiciones de estos sectores. Asimismo, se requiere de un trabajo interinstitucional e intersectorial coordinado y articulado para el logro de dichas acciones.

El cantón de Coto Brus de la Región Brunca es uno de los que ha presentado cifras altas de mortalidad infantil a nivel nacional, llegando

en algunos periodos a 19 defunciones por cada mil nacimientos (período 2012). Se considera que uno de los determinantes es la población indígena migrante proveniente de Panamá, que representa más del 60% de los casos de mortalidad infantil originados anualmente.

Lo anterior debido a que, todos los años ingresa a nuestro país, un contingente de entre 10 000 y 15 000 personas indígenas Ngöbe y Buglé que se trasladan desde las provincias panameñas de Bocas del Toro, Veraguas, Chiriquí y la Comarca hacia las fincas cafetaleras costarricenses de Coto Brus, la zona de Los Santos y en menor medida, áreas cafetaleras del Valle Central. Dichas poblaciones indígenas además de ser migrantes presentan otras condiciones de vulnerabilidad tales como: indocumentación, pobreza extrema, alta prevalencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales y alto porcentaje de población infantil de 0 a 9 años de edad.

En el año 2014 se implementó el proyecto “Centros de Cuido y Desarrollo Infantil: Casas de la Alegría” con el propósito de atender la problemática del Cantón de Coto Brus, el cual cuenta actualmente con 17 centros de cuido y desarrollo infantil. En las Casas de la Alegría los niños y niñas indígenas Ngöbe y Buglé provenientes de Panamá, reciben cuido, alimentación y estimulación temprana y desarrollo infantil.

En un inicio contó con el apoyo financiero de UNICEF y Organización Internacional para las

Migraciones (OIM) y a partir del 2016 cuenta con el apoyo del IMAS como parte de la Red de Cuido.

Las comisiones de evaluación y análisis de la mortalidad infantil y materna (COLEAMMI) que funcionan a nivel regional y local en todo el país son las encargadas de determinar las estrategias y acciones a desarrollar en sus distintos ámbitos de acción para disminuir tanto la mortalidad infantil como materna (Reglamento N° 39009-S “Reglamento sobre el sistema de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil”).

La COLEAMMI de Palmares desde hace varios años ha venido estudiando todos los casos de óbitos que ocurren en el cantón y de los cuales se conoce por medio de la comunidad o de certificados de defunción. Lo anterior debido a que se ha observado que la mayoría de las muertes infantiles que ocurren en el cantón son por causas no prevenibles como malformaciones o prematuridad. Al realizarse el análisis de los óbitos se han detectado intervenciones necesarias en los servicios de salud para mejorar la atención.

En la Región Chorotega se reportaron preliminarmente un total de 45 muertes infantiles durante el 2016, que representan una tasa de 6,5/por cada mil nacidos vivos, que fue menor a la nacional interanual (7,86 por mil). El mayor porcentaje (82%) de muertes se presentó durante los primeros 28 días de vida, 37 de 45 casos. Entre las principales causas de muerte, destacaron las afecciones propias del período perinatal

con un 44% del total de muertes infantiles y las malformaciones congénitas, las cuales representan un 27% del total de casos.

En relación con la mortalidad materna (MM), la Región Chorotega ha mantenido tasas menores a las nacionales durante los últimos años. 2016 solamente se registró 1 caso de muerte materna, lo que nos da una tasa de 1.4 casos por cada 10 mil nacidos vivos, y nos refleja una disminución de un 52% en comparación con el año 2015.

Es importante rescatar que durante el año 2016 se realizaron acciones para fomentar los derechos de las mujeres y los niños y niñas a recibir atención con calidad por personal calificado y competente, así como coordinaciones interinstitucionales para fortalecer las redes de servicios, con la finalidad de disminuir el riesgo de muerte materna o infantil y la enfermedad materna grave. Además, se desarrollaron estrategias para fomentar los derechos de las personas adolescentes, con énfasis en las adolescentes madres.

Logros

- Reducción del número de casos de mortalidad infantil del Cantón de Coto Brus de catorce a cuatro (28,6%).
- Disminución de casos de MI en relación al año anterior: De una tasa de 7,66 (22 casos) en el 2015, a una tasa estimada de 4,87 (14 casos) en el 2016. Asimismo la tasa regional, es inferior a la última tasa nacional (de 7,86 para el 2015).

- Análisis de la totalidad de los casos de óbitos ocurridos en Palmares, como una estrategia para la identificación de posibles causas de muerte in útero, a fin de emitir recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. Este es el único cantón en el que se realiza esta acción a nivel nacional.
- Elaboración del “Plan Regional para la Reducción de Mortalidad Materno Infantil”. Además se cuenta con 12 planes locales, los cuales se encuentran alineados con el plan regional.
- Disminución de un 52% en la tasa de mortalidad materna (1,4/mil nacidos vivos) comparado con el 2015.
- Conformación de la Red Regional Interinstitucional de Niñez y Adolescencia en respuesta al aumento en la incidencia de embarazos en adolescentes y con el objetivo de desarrollar acciones interinstitucionales para su reducción; además se logró asesorar y conducir a las Áreas Rectoras de Salud (ARS), con mayor incidencia para el abordaje integral de la población adolescente.
- Mejoramiento en el cumplimiento de la norma de bajo riesgo obstétrico en el 98% de los casos de mortalidad infantil analizados (14 casos en el 2016) y de un 95% en la evaluación de servicios del primer nivel de atención; incluyendo la educación básica en salud, para la prevención y control en temas propios

del embarazo, cuidados del recién nacido, importancia de la lactancia materna, casos de emergencia, y prevención de violencia intrafamiliar, entre otros.

- Colaboración y apoyo técnico, para la realización del “Congreso gestación, parto, pos parto y primera infancia”, y en la elaboración del documento “Legislación relevante sobre atención de la mujer, primera infancia y familia gestante en Costa Rica, octubre 2016”, lo cual pone en la mesa política la importancia del tema materno infantil para el país.
- Actualización de los “Lineamientos nacionales para el abordaje integral de la mujer embarazada y el recién nacido, relacionado con la infección del ZIKA, diciembre 2016”.
- Divulgación y capacitación a funcionarios de diferentes instituciones a nivel regional, sobre la “Norma de atención a las personas adolescentes: componente salud sexual y salud reproductiva”.
- Apoyo en la elaboración de los indicadores para el seguimiento del proceso de acatamiento de los derechos de las personas menores según código de niñez y la adolescencia, para la Defensoría de los Habitantes.
- Realización del estudio: “Diagnóstico sobre contenidos y enfoques que

actualmente poseen los planes de estudio de universidades seleccionadas para la formación de profesionales en ciencias de la salud y de la educación en materia de salud sexual y salud reproductiva” y la “Propuesta para la inclusión e institucionalización de los contenidos y enfoques recomendados”.

- Consolidación del equipo de trabajo para la medición de desigualdades en Salud Materno Infantil.
- Realización de la investigación de la información según competencias institucionales y de acuerdo con las herramientas facilitadas por la OPS/OMS, establecimiento de las variables representativas para la identificación de las inequidades, análisis de la información y como producto se obtuvo un informe de avances para presentar al Ministro de Salud y un infograma para su publicación.
- Realización de una caminata del Parque Central al Parque Nacional, en la que participaron 5.000 personas para la promoción de la lactancia materna. El evento fue conducido por la Región Central Sur y contó con el apoyo de hospitales públicos y privados y otras instituciones públicas.

Desafíos

- ✓ Reforma al Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la mortalidad materna,

perinatal e infantil N° 39009-S, de acuerdo con las diversas propuestas de mejora remitidas para propiciar su completa aplicación.

- ✓ Implementar el reglamento de autopsias hospitalarias a nivel país, para todos los óbitos y mortalidades infantiles a fin de determinar las causas, oportunidades de mejora del sistema y la probable prevención.
- ✓ Dirigir y conducir el desarrollo de acciones y estrategias interinstitucionales para disminuir la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna.
- ✓ Incorporación en el Plan Estratégico de Mortalidad Materno-Infantil de los compromisos país analizados en la Reunión del CLAP: "Implementando las mejores evidencias para mejorar la Salud Materno-Perinatal en las Comunidades", así como los acordados en la reunión anual de la "Alianza Neonatal para América Latina y el Caribe".
- ✓ Que las recomendaciones emanadas de los análisis de muertes infantiles y maternas sean vinculantes para el mejoramiento de la calidad y la salud de esta población
- ✓ Trabajo conjunto-interinstitucional e intersectorial para mejorar la calidad de atención de la mujer embarazada y su familia en los diferentes períodos

(prenatal, parto y post parto).

- ✓ Desarrollo de estrategias conjuntas entre el Ministerio de Salud y los servicios de salud públicos y privados en pro de erradicar las acciones que sean consideradas como mal trato o prácticas deshumanizantes en la atención del parto.
- ✓ Apoyo político de las autoridades para el desarrollo de las acciones que se generen en el ámbito materno-infantil, dirigidas a mejorar y fortalecer la salud de las mujeres, los niños y niñas, así como al mejoramiento de la calidad de atención en la red de servicios.
- ✓ Contar con financiamiento para el desarrollo de actividades específicas que estén dirigidas a reducir las inequidades identificadas.
- ✓ Actualización del "Manual Nacional de Normas de Atención del Primer Nivel" con énfasis en el apartado de salud materno-infantil a fin de adaptarlo a la situación actual de los servicios salud.

Embarazo adolescente

Situación actual

Costa Rica, ha logrado a lo largo de los años importantes avances en las condiciones de vida de su población, producto de la intervención en los diferentes determinantes de la salud. Un ejemplo de ello es la mortalidad

infantil; siendo los servicios de salud un determinante importante.

En el caso de los adolescentes, el “Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA)”, priorizó el abordaje de temas como: violencia, malnutrición, salud mental y salud sexual y reproductiva.

En el 2015, la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes, era de aproximadamente 19% del total, por tal motivo, el Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA), del cual el Ministerio de Salud forma parte, en el marco del “Plan de Acción del CIAMA 2012-2016”, en cumplimiento de la Ley de Protección a la Madre Adolescente (Ley No. 7735/8312), y con el apoyo de la OPS/OMS y de la iniciativa Salud Mesoamérica, ha venido realizando esfuerzos para la prevención del embarazo adolescente, incluyendo el desarrollo del Proyecto Salud Mesoamérica en las regiones Brunca y Huetar Caribe.

Para el 2016, el porcentaje de embarazo en adolescentes disminuyó en tres puntos, alcanzando el 16 % del total de nacimientos a nivel nacional.

Logros

- Firma del convenio para la realización de la “Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado (MICS)”, para medir los avances hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en marzo de 2016.
- Formación de 50 personas como “multiplicadores” para la sensibilización de funcionarios para el trabajo con adolescentes en las siete regiones el Ministerio de Salud.
- Divulgación del modelo nacional de prevención y atención del embarazo adolescente, en seis regiones del Ministerio de Salud.
- Capacitación a 30 funcionarios del INA sobre derechos de las personas adolescentes en condición de embarazo y lactancia.
- Con apoyo del Iniciativa Salud Mesoamérica: Modelo implementado en dos regiones del País: Huetar Caribe y Brunca.
 - o Cumplimiento de las condiciones de elegibilidad para la ejecución de recursos de la segunda operación.
 - o Realización del proceso de sensibilización de funcionarios para el trabajo con adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.
 - o Capacitación en la normativa nacional, e interinstitucional e intersectorial para la prevención y atención del embarazo adolescente.
 - o Consolidación de las acciones para implementar el modelo de prevención y atención intersectorial, en las dos regiones del país antes mencionadas

- o Seguimiento de la implementación del “Sistema de Información de Adolescentes” (SINA).
- o Elaboración y divulgación de la “Estrategia de Captación Interinstitucional de Adolescentes hacia la Red de Servicios”.
- o Seguimiento a las acciones de prevención y atención desarrolladas por las instituciones integrantes de la iniciativa, así como a las Unidades de Coordinación Regional y Local.
- Realización del V Foro Regional “Fortaleciendo ambientes familiares para la protección de los derechos humanos de la niñez y adolescencia” de la Región Huetar Norte, con la participación de 300 personas de diferentes edades, instituciones, grupos comunales, padres de familia, niños y

adolescentes de los tres cantones de la región.

Desafíos

- ✓ Consolidación y sostenibilidad del modelo de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva desarrollado en las regiones Huetar Caribe y Brunca.
- ✓ Incorporación del modelo intersectorial de prevención y atención del embarazo adolescente en las redes locales.
- ✓ Sistema SINA implementado para la toma de decisiones en los tres niveles de gestión.
- ✓ Reducción de la tasa de fecundidad y disminución de la proporción de nacimientos en personas adolescentes.

SALUD DE GRUPOS VULNERABLES

Envejecimiento saludable

Situación actual

La forma como las personas viven las diferentes etapas de su vida y el logro de una adecuada promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tendrá resultados efectivos para un envejecimiento saludable.

De acuerdo con el “Informe Global sobre el Envejecimiento y la Salud” emitido por la OMS, en el 2015: “Las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo rápidamente. Entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial de 60 años y más se duplicará, del 11% al 22%. Se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en 2015, a 1400 millones para 2030 y a 2100 millones para 2050, y podría llegar a 3200 millones en 2100”.

En Costa Rica hemos pasado de tener 15,3 nacimientos por cada 1000 habitantes a 12,7 por cada mil. Esto implica una disminución del 17% en la tasa de natalidad. Además, se prevé que la esperanza de vida al nacer sea cada vez mayor, pasando de un promedio cercano a los 80 años en el 2015 a más de 81 años en el 2025. Esto indica que la razón de dependencia va a crecer de forma diferente.

En mayo de 2016, en la Asamblea Mundial de la Salud, el Ministro de Salud firmó el compromiso y la aprobación de la *“Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud”*, a fin de que

los países miembro elaboren estrategias nacionales, de acuerdo con sus propios contextos.

Asimismo, el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 tiene la meta de *“Aumentar la esperanza de vida saludable”* y desde el Sector Salud, Nutrición y Deporte se han promovido una serie de acciones en este sentido.

Logros

- Conformación de la “Comisión Técnica Interinstitucional para la Elaboración de la Estrategia de Envejecimiento y Salud”, con representantes de la CCSS, MEP, UCR, UNA, CONARE, CPJ, INAMU, PANI, UGL, AED, AGEKO, OPS/OMS.



- Elaboración de las acciones estratégicas sobre envejecimiento saludable desde el curso de vida resultado del trabajo intersectorial y con la participación de expertos, personas adultas mayores y estudiantes universitarios.
- Elaboración del “Plan de Acción de la Estrategia de Envejecimiento Saludable desde el Curso de Vida”
- Elaboración de Herramienta de Seguimiento a las Acciones en el Tema de Envejecimiento y la Salud, a fin de

que desde el nivel local y regional se registren y se brinde seguimiento a las acciones que se realizan en el tema. Específicamente se ha implementado en las Áreas Rectoras de Nicoya, Pérez Zeledón, Santa Ana y Parrita las cuáles tienen un plan piloto de ambientes promotores del envejecimiento desde el curso de vida.

- Implementación del *"Programa para una Edad de Oro y de Calidad"* en el Centro Diurno Santo Domingo de Golfo Dulce de Golfito, el cual busca el mejoramiento de la fuerza, flexibilidad, capacidad aeróbica, composición corporal y enfermedad depresiva. Este proyecto se desarrolla con la participación de diez instituciones públicas y grupos organizados.
- Realización del Primer Encuentro Intergeneracional del Cantón de El Guarco con participación y auspicio de la municipalidad del cantón y otras instituciones públicas. En esta actividad participaron 100 personas, adultos mayores y niños que realizaron juegos modernos y tradicionales, cuenta cuentos y otros espacios de intercambio.

Desafíos

- ✓ Apoyo político para la suscripción de compromisos con los jerarcas de las instituciones clave en el tema de envejecimiento y la salud.

- ✓ Validación del Plan de Acción que se elaboró sobre la estrategia nacional de envejeciendo saludable desde el curso de vida.
- ✓ Oficialización de la estrategia en el 20017
- ✓ Sensibilización y capacitación a los diferentes actores sociales involucrados en los retos que supone el nuevo paradigma y los compromisos asumidos.

Población migrante

Situación actual

Por la dinámica del fenómeno migratorio, las condiciones del país y su ubicación geográfica, Costa Rica es un lugar de tránsito y de destino para personas migrantes de múltiples nacionalidades. En la última década, son en su mayoría nicaragüenses, colombianos y estadounidenses. La migración hacia Costa Rica, por lo general tiene un importante componente laboral, ya que la dinámica de las dos fronteras permite la relación y el desplazamiento constante de población transfronteriza.

Existen otros grupos que realizan desplazamientos temporales a distintas zonas del país, como la población indígena migrante, la cual por un factor de oportunidad laboral en la recolección de café, permanece en distintas zonas del país por algunos meses.

Sin embargo, no debe obviarse que Centroamérica constituye un puente

migratorio para personas de otras regiones y continentes. Durante el 2016, se presentó el tránsito masivo de personas cubanas, haitianas y del continente africano.

Es necesario destacar que dependiendo de las condiciones a las cuales se exponga la persona migrante en el ciclo migratorio, se aumenta el riesgo de afectación de la salud, ya que la migración es un determinante en el proceso salud enfermedad.

De ahí la necesidad de abordar la temática desde la rectoría de la salud, lo cual respalda lo estipulado en los parámetros de políticas nacional e internacional.

Logros

- Elaboración del documento “Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes”, producto del trabajo de funcionarios del Ministerio de Salud con experiencia en la temática de la migración y planificación, tanto del nivel central como regional y local. El documento ofrece los parámetros de acción para los distintos niveles, según las necesidades, particularidades y el trabajo desarrollado en cada región, lo que viene a fortalecer lo establecido en la Política Nacional de Salud.
- Desarrollo de la II Feria Interinstitucional de Boca Tapada con el objetivo de facilitar el acceso a distintos servicios institucionales a las comunidades más alejadas del cantón. Se promovió la atención en salud de personas en

condición migratoria irregular por parte de profesionales de medicina general, ginecología y odontología de la Universidad de León de Nicaragua.

Desafíos

- ✓ Implementación paulatina de acciones que integren a la población migrante, dentro del “Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes”, de tal manera que se genere una base de trabajo en la temática.
- ✓ Apoyo de las autoridades políticas y direcciones de nivel central y regional, con el fin de que brindar seguimiento a los procesos operativos.
- ✓ Capacitación y sensibilización de los funcionarios de las instituciones que participen en la implementación de acciones para el abordaje integral de población migrante, con énfasis hacia el estigma y la discriminación de dicha población.
- ✓ Fortalecimiento de los recursos humanos y financieros para la implementación de los distintos procesos.
- ✓ Preparación para el tránsito de flujos migratorios masivos, lo cual implica un despliegue logístico y financiero de parte de las instituciones involucradas a fin de brindar atención integral de la salud de las personas con énfasis en los determinantes sociales. Para

ello se cuenta con la Directriz N° 057, “sobre la atención de las personas en tránsito y en condición irregular, personas objeto del tráfico ilícito de migrantes y víctimas de trata de personas, pertenecientes a los flujos migratorios mixtos que se encuentran en el territorio nacional”, lo que permite definir en forma general el rol de las instituciones, sin embargo, no es suficiente.

Plan Nacional de Salud de Pueblos Indígenas y Plan Nacional de Salud de Afrodescendientes

Situación actual

Para ambos grupos de población, que conforman el 10% de la población nacional, se diseñó una propuesta de participación de la población, de manera que junto con la información estadística y documental pre existente, se pudiera contar con la percepción que sobre salud y enfermedad tienen las personas indígenas y afrodescendientes.

Esto además daría cumplimiento al Convenio 169 de la OIT, firmado por Costa Rica desde 1993, que obliga a la participación de las personas involucradas. Para este trabajo comunitario, se elaboró un Curso de Capacitación con contenidos teórico-prácticos para mejorar las capacidades institucionales para el trabajo comunitario intercultural y para facultar a los funcionarios para la recolección de la información en las comunidades.

Logros

- Elaboración de siete módulos para desarrollar cursos conceptualmente acordes con las poblaciones y ampliamente participativos.
- Se ha aplicado parcialmente según sea necesario, y ya se cuenta, con información de varias comunidades indígenas y afrodescendientes.



- Organización del “Festival Navideño de actividades recreativas y juegos tradicionales”, en la comunidad indígena de Alto Laguna de Drake, la cual sufrió afectación durante el Huracán Otto.

Desafíos

- ✓ Capacitación a corto plazo de los funcionarios de los niveles regionales y locales, aún cuando no se cuenta con suficientes facilitadores del curso.

Salud sexual y reproductiva

Situación actual

La sexualidad es parte integral de las personas y de la forma cómo éstas se relacionan, dan afecto y comparten sentimientos, vivencias

y pensamientos y por lo tanto, la sexualidad constituye un derecho fundamental en salud.

La sexualidad integra tres importantes elementos: libertad, autonomía y responsabilidad que no podrán ser alcanzados mientras se mantengan relaciones desiguales de género y entre grupos de edad, inequidades socioeconómicas, violencia hacia las mujeres, niñas/os y adolescentes y la discriminación que viven las personas por su orientación e identidades sexuales.

Es responsabilidad del Estado y en particular del Ministerio de Salud, velar por el derecho a la salud en general y a la sexual y reproductiva en particular de todas las personas.

La Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se realizó en el país en el 2010, y cinco años después era una necesidad y responsabilidad actualizar la información obtenida en dicha encuesta a fin de planificar y direccionar programas y acciones tendientes a garantizar el derecho a la salud sexual y la salud reproductiva.

En el 2015 se realizó la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, e incluyó los siguientes temas:

- o El inicio de las relaciones sexuales ocurre a edades tempranas.
- o Número de hijas e hijos y del número deseado de hijas e hijos.
- o Cambios en la educación para la sexualidad.
- o Anticoncepción.
- o Infecciones de transmisión sexual.
- o Violencia sexual.
- o Servicios de salud reproductiva.
- o Consumo de tabaco en mujeres y su relación con el embarazo.
- o Uso de servicios de salud para la detección temprana del cáncer

Logros

- Análisis, publicación y presentación de resultados de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.



Desafíos

- ✓ Análisis a profundidad de temas específicos de la II Encuesta Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- ✓ Utilización de los resultados en la toma de decisiones de las autoridades de salud.

Derecho a la salud de lesbianas, gays, bisexuales, tran e intersex (LGTBI)

Situación actual

Pese a los importantes avances en el logro de la igualdad en los derechos humanos lograda en este siglo, la homosexualidad y la transexualidad de hombres y mujeres no se han librado del estigma y la discriminación

La discriminación condiciona la vida de lesbianas, gays, transexuales e intersex y los expone a niveles más altos de dependencia y vulnerabilidad social. Las actitudes negativas o prejuicios hacia estas personas, las conduce a adoptar una posición de “invisibilidad”, que les ocasiona problemas emocionales y a un trato discriminatorio en su vida diaria.

En procura de mejorar esta situación de “invisibilidad”, el Ministerio de Salud promovió acciones para proteger los derechos y la dignidad de las personas LGTBI.

Logros

- Divulgación, sensibilización e implementación de las “Directrices para la garantía del derecho a la salud de personas LGTBI” elaboradas por el Ministerio de Salud.
- Conformación de la “Comisión Institucional para la Igualdad y la no Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa”.
- Elaboración y sensibilización del “Plan Institucional contra la Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa 2015-2018”.

- Reforma del Decreto Ejecutivo N° 32544-s del 9 de febrero del 2005 “Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud” para reconocer los derechos de los funcionarios/as lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex/ LGTBI.
- Inclusión en la página web del Ministerio de Salud de un espacio para la Comisión y el tema de la diversidad sexual, que se denominará “La riqueza de las diferencias”. Por un Ministerio de Salud libre de discriminación.



- Realización de un taller de sensibilización y divulgación sobre el tema de la diversidad sexual, las directrices técnicas y la Comisión Institucional, para los niveles central y regional

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento de los procesos de sensibilización de los funcionarios y la población en el tema de las diversidades.
- ✓ Divulgación, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las “Directrices para la garantía del derecho a la Salud de personas LGTBI”, a nivel interinstitucional.
- ✓ Fortalecimiento de “Comisión Institucional para la Igualdad y la no Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa”

ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SALUD

Sobrepeso y obesidad

Situación actual

En Costa Rica, la obesidad constituye un serio problema de salud pública. Según las Encuestas Nacionales de Nutrición 1982, 1996 y 2008 del Ministerio de Salud, la prevalencia de obesidad ha aumentado en todos los grupos de edad, desde la niñez, tanto en hombres como en mujeres.

El Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, en respuesta a la situación, incorpora el tema de la obesidad como una prioridad nacional, para lo cual, el Ministerio de Salud, como ente rector, propone la creación de un *“Programa Nacional para la Prevención de la Obesidad”*. Este Programa tiene como objetivo principal, impulsar los procesos medulares para el abordaje integral de la obesidad, así como la implementación de acciones estratégicas que impacten las condiciones de salud de la población y con ello detener la obesidad.

Logros

- Fortalecimiento de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN) y las instancias respectivas.
- Fortalecimiento del *“Programa de Salud y Nutrición Escolar”* mediante la articulación de un trabajo conjunto entre CCSS-MEP-Ministerio de Salud, tanto en el nivel nacional como en el nivel regional y local.



- Implementación del Proyecto de Reducción de la Obesidad en niños de 5 a 12 años de edad. Se hizo una contratación con la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica para generar análisis de la situación y procesos de sistematización y planes operativos en el nivel regional y local que faciliten el desarrollo de un Plan Intersectorial para la Prevención de la Obesidad Infantil y la Promoción de la Salud de los niños y las niñas. Con este proyecto se fortalecerán las capacidades de los comités locales de nutrición y salud escolar a través de la capacitación-acción. Se plantea entonces el desarrollo de 3 procesos de capacitación dirigida a los actores institucionales (áreas rectoras, nivel regional y local,) actores comunitarios y finalmente los Consejos Cantonales de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (COSAN).
- Definición de consideraciones y lineamientos para el Programa Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad con el fin de identificar y apoyar a los procesos medulares que están generando un mayor impacto en detener la obesidad en todos los grupos de edad del curso de vida.

- Elaboración de una propuesta de estrategia para mejorar la implementación del decreto de sodas estudiantiles la cual fue validada por funcionarios del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación Pública de la Región Central Norte, dado que en esta Región es donde hay mayor cantidad de centros educativos con sodas estudiantiles.
- Desarrollo y validación del sistema de información nacional de seguridad alimentaria y nutricional (SINSAN).
- Creación de una alianza público-privado entre el Ministerio de Salud y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria para la reducción de sal/sodio en los alimentos procesados.
- Se ha brindado información al consumidor sobre estilos de vida saludable por medio de las redes sociales.
- Elaboración de una propuesta de etiquetado nutricional frontal que ha sido coordinado por el INCIENSA con la participación del Ministerio de Salud y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA).
- Elaboración de una estrategia de educación nutricional y actividad física en la niñez que se desarrolla con niños y niña de los CEN-CINAI.
- Participación en investigaciones, elaboración de guías y protocolos de obesidad en coordinación con la CCSS y actores sociales.
- Elaboración del proyecto “Abordaje de la promoción de la salud, la prevención y control del sobrepeso en la población escolar vulnerable perteneciente a los circuitos 01, 02, y 07 del Cantón Central de Cartago”, en los siguientes temas: seguridad alimentaria y nutricional, actividad física y salud mental. El proyecto fue elaborado en coordinación con la Universidad de Costa Rica y la Comisión de Salud y Nutrición Escolar Regional de la Región Central Este y beneficiará a 2.208 personas.
- Fortalecimiento y elaboración del plan de trabajo de las tres comisiones regionales de salud y nutrición escolar, correspondiente a las regiones educativas de Alajuela, Heredia y Sarapiquí.

Desafíos

- ✓ Financiamiento, implementación y consolidación del Programa Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad.
- ✓ Que el abordaje integral de la obesidad constituya una verdadera prioridad nacional, de interés político y que cuente con el apoyo de los sectores involucrados y de los organismos internacionales.
- ✓ Evaluación del impacto de las acciones que se implementen para la disminuir la obesidad en todos los grupos de edad.

“Proyecto de Fortalecimiento de los Programas de Alimentación Escolar”

Situación actual

Este proyecto nace en el ámbito de la “Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre 2025” de la FAO y el apoyo económico del gobierno de Brasil. Tiene el propósito de fortalecer los Programas de Alimentación Preescolar y Escolar a nivel nacional, promover el desarrollo de la agricultura familiar, la seguridad alimentaria y nutricional y el desarrollo rural sustentable, bajo el principio del derecho humano a la alimentación adecuada, la educación alimentaria y nutricional y el desarrollo humano y social.

El modelo de “Escuelas Sostenibles” fue diseñado con el objetivo implementar programas de alimentación escolar sostenibles, a partir del involucramiento de la comunidad educativa, la adopción de menús escolares adecuados y saludables, la implementación de huertos escolares pedagógicos, la reforma de cocinas, comedores, bodegas y la compra directa de productos de la agricultura familiar local para la alimentación escolar.

Logros

- Firma de convenio intersectorial de apoyo a la “Estrategia de Educación de la Primera Infancia del MEP: Un derecho, un reto, una oportunidad”, cuyo objetivo principal es lograr la universalización de la educación en la primera infancia.
- Implementación del Modelo de Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles, en 58

centros educativos y 10 CEN-CINAI en Desamparados y Pérez Zeledón de San José, Buenos Aires, Coto Brus y Corredores de Puntarenas. Este modelo permitió involucrar accionar local y regional, mediante el establecimiento de espacios de diálogo para generar sinergias y lograr la optimización de los recursos disponibles de diversas instituciones del Gobierno y la sociedad civil.

- Aproximadamente 10.800 niños y niñas han recibido educación alimentaria y nutricional, en Desamparados y la Región Brunca, así como 1.200 padres y madres de familia, evidenciando un cambio en sus hábitos alimentarios e incorporando estilos de vida saludables.
- Más del 50% de las “Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles” han implementado o fortalecido las huertas estudiantiles, que se han convertido en espacios de aprendizaje valiosos para toda la comunidad educativa.
- Se realizó un levantamiento del estado nutricional de la población escolar, en forma conjunta con el Sector Educación. Lo anterior, con el propósito de identificar los menores con malnutrición y que deben ser abordados de manera integral por ambos sectores.
- Actualización de los menús escolares, de acuerdo con los gustos y preferencias alimentarias del estudiantado.
- Sensibilización de 120 integrantes de las Juntas de Educación de las

escuelas y de los Comités de Desarrollo Específico de CEN-CINAI, sobre la importancia de adquirir alimentos de los agricultores familiares y de esta forma, dinamizar las economías locales, ofrecer a los estudiantes productos frescos producidos y cosechados en sus comunidades.

- Fortalecimiento de ocho organizaciones de productores locales de Desamparados y la Región Brunca.
- Capacitación de al menos 300 agricultores familiares para fortalecer sus sistemas productivos, con énfasis en las buenas prácticas agrícolas y mecanismos de comercialización, para garantizar la calidad y la inocuidad que exigen la alimentación preescolar y escolar.

Desafíos

- ✓ Sostenibilidad técnica y financiera del Proyecto.
- ✓ Ampliación de la experiencia de los cantones de la Región Brunca y de Desamparados a otras regiones del país, y que se continúe con la articulación intersectorial, que se ha constituido uno de los factores de éxito del proyecto.
- ✓ Educación alimentaria y nutricional de la población con énfasis en grupos vulnerables, como estrategia efectiva para enfrentar la malnutrición, especialmente el sobrepeso y la obesidad en todos los grupos de edad.

Vigilancia nutricional

Situación actual

Durante el 2016, se elaboraron las normas para la vigilancia nutricional mediante el trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud y la Universidad de Costa Rica.

Además, durante el 2016, el MS inició el desarrollo de la plataforma tecnológica denominada “Sistema de Vigilancia Nutricional”, a fin de fortalecerla vigilancia nutricional integral a nivel nacional.

Como parte de las funciones del componente vigilancia nutricional, se actualizaron los indicadores y se administró el sistema interinstitucional: Sistema Nacional de Información Nutricional en Seguridad Alimentaria Nutricional en Costa Rica (SINSAN), del cual participan, además del MS, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y la Secretaría Ejecutiva para la Seguridad Alimentaria (SEPSA).

Logros

- Coordinación del 1er Censo Peso/Talla escolar en Costa Rica, llevado a cabo por el Ministerio de Salud en colaboración con la Dirección de CEN CINAI y el Ministerio de Educación Pública, en todas las escuelas del país, de marzo a noviembre del 2016.
- Establecimiento de criterios para la notificación obligatoria de eventos nutricionales.

- Publicación de la Norma Nacional de Uso de las Gráficas Antropométricas para Valoración Nutricional de 0-19 años.
- Establecimiento de criterios para la notificación obligatoria en relación a eventos nutricionales.

Desafíos

- ✓ Apoyo político y económico para la generación de censos y encuestas que contribuyan con la información requerida para el fortalecimiento del sistema de vigilancia nutricional.

SALUD MENTAL

Salud Mental, Consumo de Sustancias Psicoactivas y Violencia Social

Situación actual

En el período 2016 se dieron una serie de cambios importantes con respecto al tema de salud mental; ya que Costa Rica tiene un rezago de décadas en esta materia. El “modelo manicomial” existente obstaculiza la experiencia de una vida digna. Los cambios en el paradigma han sido firmes y se reconocieron avances como el llamado al cierre del área asilar del Hospital Psiquiátrico y la “Política Nacional de Salud Mental 2012-2021”.

Con la Secretaría Técnica de Salud Mental se promueve la creación de propuestas comunitarias y alternativas, que permitan acceder oportunamente a modelos de atención efectiva que se adecuen a las características de las personas con trastornos mentales.

La priorización del tema de suicidios mediante el Consejo Presidencial Social permitió avances significativos en la intervención para la promoción de la salud mental y prevención del suicidio en las personas adolescentes de diversas zonas del país.

Durante el 2016 se inició la implementación de programas de prevención de drogas, violencia, bullying, igualdad de género y violencia intrafamiliar niños y adolescentes

Logros

- Elaboración del “Informe de Situación de Servicios de Salud Mental de Costa Rica”
- Elaboración de la “Estrategia Nacional para el Abordaje y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública en Costa Rica 2016-2021”.
- Observatorio de Violencia Social desarrollado en la página web del Ministerio de Salud en coordinación con la Dirección de Vigilancia de la Salud.
- Realización del “Congreso Iberoamericano de Alzheimer” y redacción de la “Declaratoria de San José de Planes Alzheimer”.
- Elaboración del inventario de Factores Salutogénicos en Salud Mental a nivel nacional.
- Implementación de la primera etapa del “Proyecto Salud Mental en el Espacio Laboral” en el Área Rectora de Cartago.

- Conformación de la Comisión de Salud Mental del Área Rectora de Cartago, con la participación de 18 organizaciones e instituciones, la cual tiene como principal objetivo posicionar el tema de salud mental en la población de Cartago.
- Implementación del Proyecto Regional-Local de Salud Mental “Desarrolla habilidades para tu vida y cuida tu salud mental”, el cual promueve la educación y capacitación de las cinco Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Occidente.
- Fortalecimiento de la Comisión de Prevención de Intentos de Auto Eliminación y Suicidio, mediante la firma de un convenio entre el Ministerio de Salud y la Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA), lo anterior permite brindar atención y seguimiento de los sobrevivientes por parte de los estudiantes de psicología de la UACA.
- Realización de dos foros de autoeliminación y suicidio en la Región Central Occidente con la participación de 165 personas.
- Implementación del “Proyecto Prevención del Suicidio en la Región Central Este, cantones Dota, Paraíso y Oreamuno”, el cual tiene como objetivo generar estrategias de promoción de la salud para prevenir el IAS en los grupos de riesgo. La población beneficiaria de este proyecto comprende 46.136

habitantes de Oreamuno y 58.030 del cantón de Paraíso.

- Realización de la III Feria del Turismo Accesible La Fortuna, en el distrito La Fortuna de San Carlos, con el fin de promover la salud mental de las personas con discapacidad, mediante actividades socioeducativas, artísticas y magistrales sobre el tema de accesibilidad universal en el tema de discapacidad.

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento del liderazgo centroamericano y latinoamericano en el tema de la salud mental.
- ✓ Regulación de los nuevos servicios de atención de la salud mental, adicciones y violencia implementados por la CCSS.
- ✓ Negociación de una Ley Nacional de Salud Mental que defina el rumbo y las responsabilidades de los actores clave en el tema.
- ✓ Fortalecimiento de la Comisión de Salud Mental de Cartago mediante su normalización, capacitación y seguimiento de acciones.
- ✓ Desarrollo de la II Etapa del “Proyecto Salud Mental en el Espacio Laboral”.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento del protocolo de prevención de IAS en centros educativos.

SALUD AMBIENTAL

Normalización en salud ambiental

Situación del tema

Costa Rica se encuentra actualmente en proceso de adhesión a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), para lo cual durante el 2016 se realizó un proceso de “benchmarking” a fin de conocer el estado regulatorio en aspectos ambientales de Costa Rica, en relación con las exigencias de dicha organización. La participación de reuniones de la OCDE permitió conocer las mejores prácticas de los países miembros, en cuanto a políticas y regulación.

El país avanzó en la actualización de su marco regulatorio, según se muestra en el Cuadro XX, en la gestión de residuos, salud ambiental en general, así como en la gestión de productos químicos, a fin de satisfacer las demandas de la población y los requerimiento de dicha organización.

Como se observa en el cuadro anterior, la promulgación de dichos los reglamentos requirió la participación de diversas instituciones, fortaleciéndose así la coordinación interinstitucional.

Logros

- Puesta en marcha del “Sistema para el Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales (SIROAR)”, mediante el cual todos los entes generadores reportan de manera descentralizada a las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud mediante

un sistema web, los parámetros de cumplimiento obligatorio establecidos en el Decreto 33601-S-MINAE: *“Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales”*.

- Actualización del “Reglamento de Aprobación de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales”, lo cual facilitó la tramitación de proyectos constructivos, inclusive la formalización de los requerimientos para la exoneración de impuestos para los insumos.
- Publicación del Decreto sobre Operación de Actividades de Turismo Aventura, en coordinación con el Sector Turismo, que tiene como propósito disminuir los riesgos en actividades extremas y fortalecer al sector turístico del país.
- Capacitación en coordinación con la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA), para la aplicación del “Reglamento de Coincineración de Residuos Sólidos Ordinarios” (Decreto 39136-S-MINAE).
- Oficialización de: Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos, la Estrategia Nacional para la Separación, Recuperación y Valorización de Residuos, y la Guía Técnica para la Gestión Integral de los Residuos Electrónicos y Eléctricos.
- En cuanto al tema de contaminación atmosférica, se publicaron los siguientes reglamentos:

- a) Reglamento para Configuración de Sitios de Muestreo en Chimeneas y Ductos para la medición de Contaminantes Atmosféricos provenientes de fuentes fijas.
 - b) Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido.
 - c) Norma para mitigar las molestias y riesgos a la salud de las personas por el polvo producido en la construcción de obras (privadas y públicas).
 - d) Reglamento para el control de las emisiones contaminantes producidas por vehículos automotores de combustión interna.
 - e) El Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes Criterio, el cual fortalecerá la gestión de la Red de Monitoreo de Contaminación, y actualiza los límites máximos permisibles según normas internacionales, introduciendo un Índice de la Calidad del Aire y acciones a tomar por los distintos actores ante episodios de contaminación.
- Previo de Mejora Regulatoria, puesto en operación por el MEIC.
 - Actualización de los reglamentos sobre la actividad minera artesanal y los cementos hidráulicos.
 - Participación en la vigilancia de la aplicación de la normativa para el saneamiento básico (agua potable, aguas residuales/tanques sépticos y manejo de residuos) en Upala, a raíz del Huracán Otto.
 - Mitigación de riesgos y efectos negativos para la salud de un millón de personas que asistieron a los “Festejos de Palmares 2016”, mediante la articulación de 15 actores sociales involucrados en la autorización y control del evento.
 - Fiscalización y control en coordinación con las instituciones involucradas para proteger la salud de los romeros durante la Romería a la Virgen de los Ángeles en el cantón de la Unión de Cartago, con una población beneficiaria de 101.195 habitantes del cantón.
- Desafíos**
- Cumplimiento de las directrices de Mejora Regulatoria en todos los reglamentos publicados, en particular, se actualizó el Reglamento General para Autorizaciones y Permisos de Funcionamiento. Esto viene a facilitar los trámites de las PYMES, industrias de alimentos y otros actores. Además, el Ministerio de Salud se acogió a la utilización del Sistema de Control
 - ✓ Ajuste de normativa en salud ambiental según los lineamientos de la OCDE.
 - ✓ Mejora de los sistemas de reporte estadístico, con énfasis en el Sistema de Información para la Gestión Integral de Residuos (SINIGIR), los requerimientos para ciertas corrientes

de residuos y la gestión a lo interno de los centros de valorización.

- ✓ Actualización de la reglamentación sobre el contenido de azufre en el búnker y la que limita las emisiones de hornos y calderas.
- ✓ Continuar con el seguimiento estricto de las actividades pirotécnicas, causantes de importantes riesgos en particular en la población infantil.
- ✓ Mejora del marco regulatorio de los residuos en general.
- ✓ Fortalecimiento técnico, logístico y de recurso humano de las Áreas Rectoras de Salud para el control de la aplicación de la normativa en materia de salud ambiental.
- ✓ Desarrollo de proyectos orientados a la sensibilización de la población en materia de responsabilidades y derechos en salud ambiental.

Calidad del agua potable

Situación del tema

Costa Rica presenta una cobertura de 97,5% de suministro de agua intra-domiciliar, de 98,5% para población urbana y 95,2% para población rural.²⁷ El 2,5% de la población consume el agua de fuentes propias como pozos o nacientes cercanas a la vivienda y cuya calidad sanitaria no se conoce.

En cuanto a la potabilidad, un 93% de la población recibe agua que cumple con los

criterios establecidos en el *“Reglamento para la Calidad del Agua Potable”*, lo que coloca al país en los primeros lugares a nivel latinoamericano.

En cuanto a los operadores de sistemas de abastecimiento de agua, la potabilidad alcanza el 97,5% en el caso de AyA, 95,1% en el caso de los sistemas municipales, 82,4% en las ASADAS y Comités rurales y 99,1% en el caso de la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH).

En este contexto, el país cumplió con la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) período 2000-2015, conforme lo estableció el Programa de Monitoreo Conjunto UNICEF/OMS.

En 2004 la OMS publicó la tercera edición de las Guías de Calidad del Agua de Bebida, que recomiendan el uso de los Planes de Seguridad de Agua (PSA) como instrumento para la identificación de los riesgos de los acueductos y programar así las medidas correctivas o barreras para mejorar la calidad de los servicios. Desde el 2014, la Región Brunca ha utilizado el manual de PSA de “Pequeñas Comunidades” de la OMS para aplicarlo en dicha región, con énfasis en aquellos cantones en condiciones de vulnerabilidad, tales como Osa (ASADAS de Bahía Uvita y Palmar Sur) y Golfito (comunidades de Esperanza y Altamira).

La Región Pacífico Central desarrolló acciones a fin de contribuir a la solución de los diferentes problemas relacionados

²⁷ Encuesta Nacional de Hogares, INEC, 2016.

con el abastecimiento de agua potable, principalmente en los sistemas administrados por ASADAS, lo cuales fueron identificados mediante las visitas de campo y atención de denuncias en cumplimiento del *“Reglamento para la Calidad del Agua Potable”*.

Un informe elaborado en el año 2013 denominado “Informe de análisis de la potabilidad del agua de los sistemas de acueductos que brindan servicio de agua potable en el Área Rectora de Salud Montes de Oro”, mostró que, el 80,7% de los sistemas de abastecimiento de la zona no cumplían con los parámetros de calidad establecidos en el Decreto N° 32327-S (vigente en ese momento).

Uno de los sistemas más afectados fue el que abastece a las comunidades de Zagala, Cebadilla y Villa Bruselas, el cual es abastecido por una sola fuente de caudal muy disminuido y además mostraba una alta concentración de aluminio, por lo que la región Pacífico Central se abocó a la búsqueda de soluciones con la participación de diversas instituciones y la comunidad.

Un informe técnico final elaborado para el Decimoctavo Informe del Estado de la Nación indicó que los cultivos con mayor uso de plaguicidas (kg/ia/ha/año) son la papa, el banano, la piña, el plátano, el arroz, y la caña. Asimismo, señala que el bromacil es un herbicida comúnmente usado en el cultivo de la piña, es relativamente estable en el suelo y en el agua y además tiene una capacidad de infiltrarse a las aguas subterráneas.

Datos recientes de la Cámara de Productores de Piña de Costa Rica revelan que en la actualidad existen 38.000 hectáreas de nuestro suelo dedicadas al cultivo de piña, en todo lo largo y ancho de 16 cantones, divididos en: Zona Norte con 17.860 hectáreas, lo equivalente al 47% del área cultivada; el Atlántico dispone de 11.780 hectáreas y representa el 31%, a su vez, el Pacífico destina 8.360 hectáreas. En febrero 2016, la Oficina Regional de Acueductos y Alcantarillados (AyA), presenta los resultados de unos análisis físico-químicos en los cuales se muestra que las nacientes del Acueducto de Veracruz, localizado específicamente en el distrito Pital, Cantón San Carlos estaban contaminados con bromacil.

A partir de la activación de la alerta sanitaria, la Dirección del Área Rectora con el apoyo de su equipo de trabajo establece comunicación con la Junta Directiva del Acueducto de Veracruz, y las ASADAS de las cabeceras de los distritos Pital y Venecia, además con las entidades públicas competentes en la materia a Nivel de AyA y del Ministerio de Salud. También fue tramitado el apoyo de organizaciones como la Cruz Roja y Comisión Nacional de Emergencias, con el objetivo de avanzar en la implementación de las medidas correctivas.

Logros

- Definición de propuestas concretas para la eliminación de residuos de plaguicidas en las fuentes de los acueductos de Milano, Cairo y Luisianna, en el cantón de Siquirres, sustentadas en el cumplimiento

del Reglamento para la Calidad del Agua Potable que modernizó la normativa de estos parámetros. Lo anterior como parte de las actividades de La Comisión del PLAN UNICO coordinada por el Ministerio de Salud para atender la problemática de la contaminación del agua en dicha zona.

- Monitoreo trimestral de la calidad del agua en los acueductos afectados originalmente por la contaminación con arsénico, en los cantones de Bagaces, Cañas, Los Chiles y Aguas Zarcas de San Carlos.
- Cumplimiento de la meta del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 para lo cual se realizó el muestreo y análisis de la calidad del agua de 130 acueductos del país y se tomaron las acciones correctivas para cumplir con el Decreto 38924-S, en caso de detectarse indicadores microbiológicos y elementos químicos que afectan la salud.
- Aplicación de la Guía de inspección del Sistema Estandarizado de Regulación de la Salud (SERSA) como parte del Reglamento para Calidad del Agua Potable con el fin de determinar los factores de riesgo de las instalaciones hidráulicas que componen el sistema de abastecimiento.
- Mejora en el abastecimiento de agua en las comunidades de Bahía-Uvita y Palmar Sur como resultado de la implementación del Plan de Seguridad del Agua (PSA) de la ASADA de Bahía-Uvita, gracias al trabajo conjunto entre la población civil y las instituciones. Además se instaló un sistema de desinfección en la ASADA de Palmar Sur. Con estas acciones emprendidas, se beneficiaron en total 2.616 personas.
- Distribución de “kits” y “sachets” para la desinfección del agua en Golfito mediante el Proyecto “Agua Limpia para los Niños”, desarrollado mediante un convenio establecido entre el Ministerio de Salud, la Presidencia Ejecutiva de AyA y la Empresa Procter y Gamble. Este proyecto benefició durante el 2016 a 145 familias (653 personas) de las localidades de Esperanza y Altamira de Pavón, las cuales no contaban con abastecimiento de agua potable por medio de una ASADA o por AyA.
- Inicio de funcionamiento de un pozo de 46 metros y un caudal 1,6 litros/segundo para abastecer a la comunidad de Cebadilla.
- Implementación del “plan piloto” para remoción del aluminio, en el acueducto de Zagala, de mayo julio del 2016 y aprobación del presupuesto para la implementación del proyecto a partir del 2017, lo cual beneficio a 463 personas de las localidades de Zagala Vieja, Villa Bruselas y Cebadilla
- Garantía de continuidad, calidad y cantidad de agua para el consumo de los pobladores de los pobladores de Veracruz, Venecia y Pital de San Carlos, mediante la interconexión con otros sistemas de

abastecimiento de agua potable.

- En la Región Chorotega se instalaron 69 sistemas de abastecimiento de agua potable en Centros de Educación y Nutrición (CEN) y edificios de las Áreas Rectoras de Salud, los cuales se han visto afectados con el desabasto o faltante de agua potable, producto del fenómeno ENOS, en su fase de sequía. Lo anterior, se realizó en el marco del Proyecto, denominado “Dotación de sistemas de Almacenamiento de Agua para reducir la vulnerabilidad funcional de las instalaciones del Ministerio de Salud, en las regiones: Chorotega (Guanacaste), Pacífico Central (Puntarenas) y Central Norte (Alajuela)”.

Desafíos

- ✓ Protección de las fuentes de agua respetando las áreas circundantes establecidas por Leyes y Reglamentos a fin de garantizar la sostenibilidad del recurso hídrico. Esta acción debe ejecutarse en coordinación con otras instituciones y la sociedad civil, manteniendo un equilibrio que garantice la inocuidad del agua a un menor costo.
- ✓ Desarrollo de acciones preventivas para evitar daños a las fuentes de agua y así disminuir el costo de su tratamiento mediante la creación de alianzas entre las instituciones públicas, la empresa privada y la comunidad.

- ✓ Cumplimiento de las metas establecidas en los Planes Estratégico y Operativo Institucional (POI), así como con las del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, para garantizar la salud de los usuarios del agua potable en todos los sistemas de abastecimiento del país.
- ✓ Desinfección (cloración) de todos los acueductos, como medida preventiva en salud pública y en cumplimiento del Decreto 38924-S.
- ✓ Promoción de la participación e involucramiento de la sociedad civil, de instituciones públicas y de la empresa privada en proyectos que inciden directamente en el abastecimiento de agua apta para consumo humano en poblaciones vulnerables.
- ✓ Aumento en el porcentaje de acueductos con permiso sanitario de funcionamiento vigente y presentación de análisis físico-químicos y microbiológicos, en los plazos que establece la ley.

Aguas residuales

Situación del tema

Las labores principales que efectúa el Ministerio de Salud en el tema de aguas residuales están enfocadas a la prevención y control de la contaminación de las aguas residuales provocadas por vertimientos ilegales o que incumplen los límites de vertidos que estipula la legislación costarricense

(“Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales”, Decreto Ejecutivo 33601.S.MINAE del 19 de marzo del 2007).

Para ello, la legislación establece la obligatoriedad del tratamiento de los efluentes y presentación de los proyectos de sistemas de tratamiento de aguas residuales por medio de los planos respectivos, memorias de cálculo y manuales de operación y mantenimiento de los sistemas.

En el caso de los vertimientos ilegales, la principal labor es llevada a cabo por el nivel local del Ministerio de Salud. Consiste en la detección de conexiones y vertimientos no aprobados, ya sea porque no cuentan con sistemas de tratamiento de aguas residuales o bien por ser conexiones directas a cuerpos receptores o alcantarillados pluviales o sanitarios que no se encuentran en funcionamiento.

A fin de ejercer las labores de control que establece la Ley General de Salud, a partir del 2013 se creó el programa de Vigilancia Estatal, enfocado al cumplimiento de lo que establece el artículo 58 del Reglamento citado, programa que se continuó ejecutando en el 2016.

Logros

- Publicación del Decreto Ejecutivo 39887-S-MINAE “Reglamento de Aprobación de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales” el cual derogó el Decreto Ejecutivo 31545-S-MINAE y que facilita emplear sistemas novedosos de tratamiento de aguas residuales en el caso

del sector privado; fomentar y facilitar la utilización de los sistemas de tratamiento que sean construidos directamente por el sector público y traspasar obras construidas por el sector privado a instituciones de carácter público tales como el AyA, ESPH y Municipalidades.

- Elaboración de la “Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales 2016- 2046” (PNSAR. Esta política es el resultado del compromiso y colaboración de diversos sectores de la sociedad costarricense, que asumirán el reto de la implementación del Plan de la Política. El principal reto de esta política es ir más allá de considerar que un tanque séptico con drenaje es un sistema de manejo seguro, pues se busca incrementar las coberturas de alcantarillado de las zonas urbanas y definir soluciones apropiadas en las zonas rurales, donde no siempre es viable utilizar tanques sépticos.
- Elaboración del “Plan Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales 2016- 2046”. Con la participación de los actores sociales involucrados.
- Puesta en marcha del “Sistema de Información para el Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales (SIRROAR)”.
- Inscripción de cerca de 2000 entes generadores de aguas residuales.
- Elaboración del “Procedimiento de Control Estatal en Aguas Residuales” que

efectúa el Ministerio de Salud para lo cual se tomaron en cuenta las inquietudes tanto de las Áreas Rectoras de Salud como de las Direcciones Regionales Rectoras de Salud del Ministerio.

Desafíos

- ✓ Oficialización e implementación de la Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales, mediante la elaboración de planes o programas de implementación.
- ✓ Revisión y modificación del Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales.
- ✓ Publicación del “Reglamento de Disposición de Aguas Residuales Tratadas en el Subsuelo”.
- ✓ Implementación del Sistema de Información de Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales (SIRROAR) por parte del Sector Privado y del 100% de los entes generadores de aguas residuales que cuenten con sistemas de tratamiento de aguas residuales.
- ✓ Incremento en el número de entes generadores sujetos al proceso de Control Estatal por parte del Ministerio de Salud.

Control de los servicios de alimentación al público

Situación del tema

Desde octubre del 2014, el Ministerio de Salud inició un plan piloto para elaborar un diagnóstico microbiológico de la calidad de los alimentos expendidos en lugares tales como: establecimientos con alto número de clientes, lugares con declaración turística o asociados a la Cámara de Restaurantes (CACORE), entre otros. Dicho estudio se continua durante el 2015 y el 2016, con énfasis en aquellos establecimientos en los cuales se evidenció presencia de *Escherichia coli*. Dicha actividad se realiza de acuerdo al Artículo 64 del Reglamento para los Servicios de Alimentación al Público.

Logros

- Conclusión de la fase de muestreo 2014-2016 y establecimiento de la línea base, a fin de identificar fortalezas y debilidades del programa de control.
- Identificación de las condiciones microbiológicas de los alimentos, tanto crudos como cocidos, así como de diferentes indicadores que pueden afectar la salud de las personas que acceden a este tipo de establecimientos.
- Participación en el plan piloto de funcionarios de los niveles regionales y locales.
- Aplicación de la Guía de Inspección por parte de los funcionarios de las Áreas

Rectoras de Salud, para el control del cumplimiento de la legislación vigente en materia de servicios de alimentación.

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento de las actividades de control y supervisión por parte de las Áreas Rectoras de Salud.
- ✓ Establecimiento de un sistema de categorización de los servicios de alimentación al público, tomando en consideración los resultados de la aplicación de la Guía de Inspección y que le permita al usuario del servicio identificar los establecimientos que cumplan con la reglamentación vigente y de buenas prácticas de manipulación.

Control de la calidad del aire

Situación del tema

La protección de la calidad ambiental en Costa Rica se encuentra establecida desde la Constitución Política, la Ley General de Salud N° 5395 y la Ley Orgánica del Ambiente.

Gradualmente, el país ha venido introduciendo la normativa específica relacionada con la prevención de la contaminación y con el control y monitoreo de los agentes que pueden afectar la calidad del aire.

El país cuenta con la Red Nacional de Monitoreo de Calidad de Aire, la cual dispone de diez equipos muestreadores de alto volumen de partículas PM10 (Hi-Vol) que efectúan muestreos diarios (24/7). Esto

permite evaluar los niveles de contaminación presentes en el aire que respiran los ciudadanos, la emisión de directrices para la toma de precauciones y de decisiones en cuanto a políticas y normativa.

En el año 2013 se inició con Vigilancia Estatal, establecidas en el artículo 25° del Decreto 36551-S-MINAET-MTSS, "Reglamento sobre Emisiones de Contaminantes Atmosférico proveniente de Calderas y Hornos de tipo Indirecto.

Logros

- Publicación del VI Informe Anual de la Calidad de Aire, GAM 2013 – 2015, en el que se concluye que los niveles de concentración de partículas PM10 en la GAM cumplen con la normativa nacional (Decreto N° 30221-S), más no con la normativa de referencia internacional dictada por la Organización Mundial de la Salud. Los sitios de muestreo que presentan mayor concentración de PM10 corresponden a lugares dominados por el sector industrial y zonas con alto flujo vehicular.
- Realizaron de mediciones "piloto" utilizando las dos estaciones móviles de monitoreo de la calidad de aire ambiente, con las cuales se puede determinar contaminantes atmosféricos criterio, como monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, dióxido de azufre y además BTEX.

- Capacitación de funcionarios de las Regiones y Áreas Rectoras de Salud en el tema de vigilancia estatal, con el fin de desconcentrar ésta actividad.
- Muestreo de 64 entes generadores de contaminantes atmosféricos provenientes de calderas y hornos de tipo indirecto, en las que se determinó los parámetros SO₂, NO_x y PTS.
- Medición de la concentración de nitrógeno y oxígeno en el combustible utilizado, (bunker, diesel). Se determinó que 36 (56%), este porcentaje fue menor al porcentaje de cumplimiento del 2015 que fue de 68%.
- Publicación del Decreto Ejecutivo No. 39813-S-MTSS, "Reglamento sobre la Configuración de los sitios de muestreo en chimeneas y ductos para la medición de contaminantes atmosféricos provenientes de fuentes fijas".
- Propuesta de modificación del cálculo para estimar los límites máximos permisibles del parámetro Dióxido de azufre, relacionado con la calidad del combustible que expende RECOPE.

Desafíos

- ✓ Mejora en la calidad de los combustibles para la reducción de emisiones (dióxido de nitrógeno en la GAM).
- ✓ Realización de estudios de calidad de aire por un periodo de tiempo más

prolongado empleando las estaciones móviles de monitoreo.

- ✓ Contar con la plataforma informática o el recurso que corresponda para la adquisición en tiempo real de los datos que son generados en las estaciones móviles de monitoreo de calidad de aire.
- ✓ Implementar los protocolos desarrollados para el uso de las estaciones durante su operación.
- ✓ Rediseño de la red de monitoreo hacia una estructura más automatizada.
- ✓ Capacitación al personal Regional sobre el Decreto Ejecutivo No. 39813-S-MTSS, en materia del cumplimiento por parte de los entes emisores de contaminantes al ambiente de condiciones que garanticen la integridad física del personal involucrado en realizar los muestreos y dar mantenimiento a las chimeneas.
- ✓ Desarrollo de un mecanismo para el seguimiento por parte de las Áreas Rectoras de Salud de las órdenes sanitarias así como del cumplimiento por los entes generadores, de los planes correctivos.
- ✓ Pronóstico de los contaminantes criterios más importantes y el establecimiento de índices de la calidad del aire.

Gestión integral de residuos

Situación del tema

La Ley para la Gestión Integral de Residuos, Ley No. 8839, representa un reto en el cambio en la cultura del costarricense en el tema de la gestión integral de los residuos.

Este marco normativo estableció ocho principios generales que fundamentan la gestión integral de los residuos siendo uno de estos principios “la responsabilidad extendida del productor”, en el que se establece que los productores e importadores tienen la responsabilidad del producto durante todo el ciclo de vida, incluyendo las fases pos-industrial y pos-consumo, principio que se limita específicamente a los residuos de manejo especial.

Producto de este principio surge una nueva figura denominada “Unidad de Cumplimiento”, mediante la publicación del Decreto No. 38272-S “Reglamento para la declaratoria de residuos de manejo especial” en el 2014, donde se establece la lista de los residuos declarados de manejo especial y se formalizan los lineamientos y requisitos para el trámite de inscripción y registro definitivo de “Unidades de Cumplimiento”. Una vez que estas unidades cumplen con los requerimientos y lineamientos definidos en la regulación vigente, se incluyen en la lista de Unidades de Cumplimiento de la página electrónica del Ministerio de Salud con el fin que sean de conocimiento de los administrados que deseen hacer el uso apropiado de este tipo de principio.

La Unidad de Cumplimiento está conformada por uno o más productores e importadores cuyos bienes sean puestos en el mercado, bienes que al final de su vida útil generan residuos declarados de manejo especial, con el propósito de establecer los mecanismos y acciones de manera planificada que permita garantizar la gestión integral de esta clase de residuos.

En abril 2016, se publica la “Estrategia Nacional de Separación, Recuperación y Valorización de Residuos (ENSRVR) 2016-2021”. La cual hace énfasis a la Gestión Integral de Residuos desde la institucionalidad costarricense. Es a partir del 2010 con la aprobación de la Ley para la Gestión Integral de Residuos No.8839, que visionariamente pretende inducir y facilitar a todos los actores del desarrollo (empresas, instituciones, municipalidades y comunidad en general) para que se asuma una mayor responsabilidad en la gestión de los mismos, según su quehacer diario.

En junio de 2016 las instituciones que conforman el Consejo del Sector Agropecuario Los Santos (COELSA) en la que también participa el Área Rectora de Salud Los Santos, realizaron una “Campaña de Recolección de Residuos de Insumos Agrícolas” en el cantón de Dota, en seguimiento a la realizada en setiembre de 2015 en el cantón de Tarrazú.

Para la realización de la campaña se contó con el apoyo de la Municipalidad de Dota, la empresa Coopedota y la Fundación Limpiemos Nuestros Campos. Al ser la Zona de Los Santos una región cafetalera y de

vocación agrícola se consideró importante promover la separación en fuente y recolección de los envases de agroquímicos y otros residuos utilizados en la actividad agrícola, a fin de cumplir con la Ley de Gestión Integral de Residuos.

Logros

- Autorización a las Municipalidades para la recolección nocturna de residuos a nivel nacional, con el fin de descongestionar el tránsito vehicular, sacando de la circulación diurna, los camiones recolectores. El objetivo de dicha medida es modernizar dicha labor, como se efectúa actualmente en las grandes capitales del mundo.
- Se cuenta con 128 Unidades de Cumplimiento inscritas y registradas ante este Ministerio, para distintos tipos de residuos declarados de manejo especial.
- Publicación del *“Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2016-2021”*, el cual pretende orientar las acciones gubernamentales y privadas durante los próximos cinco años mediante un plan consensuado y actualizado que guía el trabajo intersectorial en la gestión integral de los residuos en el país, acorde con las condiciones existentes y permitiendo implementar lo paulatinamente.
- Trece de las catorce municipalidades de la Región Central Norte presentaron avances significativos en el desarrollo e implementación de los Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS). Lo cual se evidenció por la implementación de Centros de Recuperación y de centros de elaboración de abono orgánico y compost, centros de recuperación de residuos privados y públicos que cumplen con la normativa vigente y programas de sensibilización de la población a nivel general para realizar separación de los residuos para que sean gestionados adecuadamente.
- Actualización de Planes de Gestión Integral de Residuos de los cantones: Palmares, Naranjo y Valverde Vega y seguimiento de los planes mediante la conformación de cinco comités para dicho propósito.
- Sensibilización de los representantes de cinco gobiernos locales y actores sociales clave, de la Región Central Occidente, respecto a los diferentes instrumentos para la gestión integral de residuos.
- Construcción de un centro de recuperación de residuos valorizables y un proceso de educación sistemática a la población, con la cooperación de la Agencia de Cooperación Japonesa en el cantón de Palmares.

- Oficialización de la Estrategia Nacional para la “Separación, Recolección y Valorización de Residuos”, lo que permite que las viviendas, comercios, industria, municipalidades, entre otros cuenten con criterios básicos de separación sencillos y viables para los procesos logísticos de los generadores y gestores, así como para la sensibilización y la divulgación

de la población. Dicha Estrategia incluye: la armonización del sistema de separación de residuos desde la fuente de generación (asocia tipo de residuos con colores), la armonización del sistema de recuperación de residuos desde la fuente de generación (criterios de diseño para el establecimiento de las fuentes radiactivas) y el fortalecimiento del sector de recuperadores de residuos.



- Limpieza de ríos en los cantones Palmares y Valverde Vega, por parte de grupos voluntarios y las instituciones privadas, con la conducción de las municipalidades respectivas y el Ministerio de Salud
- Recuperación de 1.200 kilos de residuos producto de la actividad agrícola, beneficiando a 7.391 habitantes.
- Consolidación de la Comisión Ambiental Turrialba (CAT), con la participación de entidades estatales, no gubernamentales y de empresa privada; con el propósito de desarrollar actividades enfocadas a la gestión y protección ambiental del cantón.
- Realización de la “Jornada de Limpieza del Río Colorado” con participación interinstitucional e intersectorial, personal voluntario de las instituciones que conforman el CAT, la cual produjo 980 kilos de residuos sólidos en beneficio de 27.217 habitantes del distrito Turrialba.
- Participación activa en la Subcomisión Heredia-Alajuela y Comisión Central para el abordaje integral de la Cuenca del Río Tárcoles en cumplimiento del voto 5894 de la Sala Constitucional del 27 de abril del 2007.
- Durante el 2016 cinco Áreas Rectoras de Salud de la Región Brunca obtuvieron el galardón de “Bandera Azul Ecológica, categoría salud comunitaria por las acciones desarrolladas en coordinación con la comunidad para: la gestión integral de residuos sólidos, protección y manejo de los depósitos de agua y promoción de estilos de vida saludable entre otras.
- Obtención del “Galardón del Programa de Bandera Azul 2016” en categoría Cambio Climático por parte del Área Rectora de Salud de Valverde Vega como reconocimiento al mejoramiento de la gestión ambiental interna y externa en el Cantón de Valverde Vega, que incluyó disminución del consumo de energía eléctrica, agua potable, papel, control de la generación de residuos sólidos y líquidos.
- Sensibilización a cinco gobiernos locales de la Región Central Occidente y sus actores sociales clave, con respecto a diferentes instrumentos para la gestión integral de residuos (reuniones y taller sobre Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos (PMGIR), Reglamento Municipal GIR, estrategia de reciclaje).
- Construcción de un centro de recuperación de residuos valorizables y un proceso de educación sistemática a la población, con la colaboración de la alianza con la Agencia de Cooperación Japonesa en el cantón de Palmares.
- Publicación del Reglamento Municipales para la Gestión Integral de Residuos del cantón de Zarcero.

- Participación de 24 empresas e instituciones públicas y privadas en campañas para la recolección, recuperación y reutilización de material valorizable en el Cantón de Limón de la Región Huetar Caribe. Dichas campañas lograron la reutilización de 22,2 toneladas de llantas, 7 kg de plástico y de 25 kg de papel.
- Fortalecimiento del convenio Ministerio de Salud-Municipalidad de San Carlos, en la dotación de recursos para las campañas de recolección, recuperación y reutilización de material valorizable, desarrolladas por las Áreas Rectoras de Salud de dicho cantón.

Desafíos

- ✓ Ampliación del ámbito de la Nota Técnica Aduanera 269 a todos aquellos artículos relacionados con residuos declarados de manejo especial.
- ✓ Implementación del Sistema de Información para la Gestión Integral de Residuos.
- ✓ Construcción de alianzas con las organizaciones comunales como Asociaciones de Desarrollo Integral, Asociaciones Administradoras de Acueductos entre otras, a fin de crear espacios y mecanismos de información para la protección de la salud ambiental.
- ✓ Implementación de los PGRIS en el 100% de las municipalidades del país.

- ✓ Publicación del decreto que prohíbe la utilización del poliestireno.
- ✓ Implementación de la Estrategia Nacional de Separación, recuperación y valoración de residuos 2016-2021.

Protección radiológica

Logros

- En diciembre de 2016, el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) efectuó por primera vez en nuestro país, una evaluación de las medidas de seguridad radiológica de todos los trabajadores involucrados con fuentes radiactivas. Como resultado de dicha evaluación, la OIEA ratificó a Costa Rica como uno de los países más seguros en el manejo responsable de equipos y fuentes radiactivas.

Regulación del polvo

Logros

- Por primera vez en la historia de nuestro país, el Ministerio de Salud reguló el polvo producido por fuentes artificiales (construcciones, caminos y carreteras), con el fin de proteger la salud de la población.

Saneamiento Básico Rural (SANEBAR)

Situación del tema

El Programa SANEBAR tiene como objetivo el saneamiento de las viviendas rurales de las familias que se encuentran dentro del estrato socioeconómico de pobreza y pobreza

extrema. Consiste en el suministro de muebles sanitarios, tanques y tuberías para disponer las aguas residuales de las viviendas en el terreno. Las familias se clasifican mediante una tabla de indicadores socioeconómicos.

El programa es financiado por el Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares (FODESAF).

Logros

- Desde el año 2010, el Programa SANEBAR ha mejorado las condiciones sanitarias de las viviendas de 8.471 familias beneficiarias (42.355 familias aproximadamente) que calificaron mediante el procedimiento de selección oficial.
- Entrega de 353 soluciones sanitarias a familias en condición de pobreza o extrema pobreza para atender las necesidades de aproximadamente 1765 personas.

Desafíos

- ✓ Atención de las necesidades de aproximadamente a 85.000 personas (17.000 viviendas) del área rural, que no cuentan con un sistema de disposición de excretas o que está en malas condiciones.
- ✓ Ampliación de la cobertura del Programa SANEBAR familias de pobreza y pobreza extrema de sectores urbanos, mediante la articulación del Programa Puente al Desarrollo, a partir del 2017.

Estrategia de trabajo conjunto, en el sector agrícola de piña y cítricos, zona norte (MS-MTSS-INS) 2016

Situación actual

Como parte del “Programa de Coordinación Inter-Institucional”, el cual inició en año 2009 con un plan piloto de en el nivel central, a inicios del año 2016 se incorpora la participación de la Región Huetar Norte, para realizar inspecciones coordinadas entre: el Instituto Nacional de Seguros, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y el Ministerio de Salud (INS-MTSS-MS), a fin de elaborar un plan de trabajo, orientado a atender denuncias por irregularidades en las condiciones laborales de los (as) trabajadores (as) de las plantaciones de piña y naranja en la zona norte del país. Lo anterior, debido al escaso control y por tratarse de zonas alejadas y vulnerables por la alta demanda de mano de obra migrante y alto consumo de agroquímicos.

Para efecto del mismo, se establece un programa de coordinación entre las instituciones a nivel nacional, regional y local, se definen los meses, los funcionarios y funcionarias y se seleccionan las fincas y establecimientos agrícolas que formarán parte de las inspecciones del plan de trabajo.

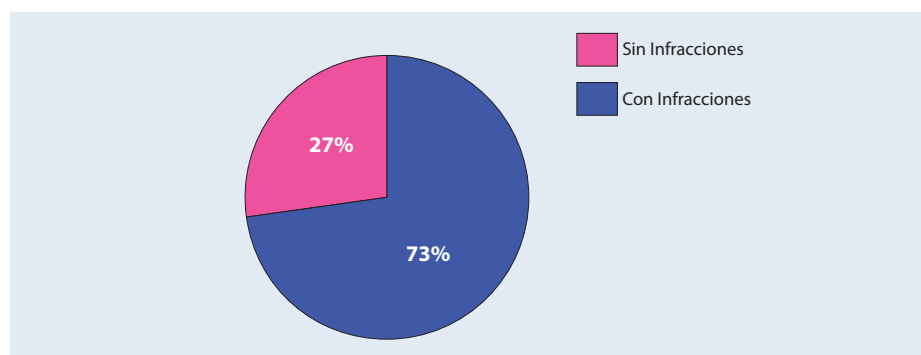
Se identificaron las condiciones y ambientes de trabajo y en los casos de incumplimiento de la normativa se procedió con la ejecución del acto administrativo correspondiente.

Cuadro 9
Fincas visitadas según tipo de cultivo y cantón,
Región Huetar Norte, 2016.

Cantón	Cultivo naranja	Cultivo piña	Total
Guatuso	0	2	2
Los Chiles	1	1	2
San Carlos	0	7	7
Total	1	10	11

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Costa Rica, 2016.

Gráfico 7
Porcentajes de establecimientos visitados que presentan infracciones



Fuente: Ministerio de Salud, Región Huetar Norte, 2016

Logros

- Intervención integral y abordaje eficaz de la problemática laboral, salud ocupacional y aseguramiento de las personas trabajadoras en las fincas productoras de piña y naranja.
- Identificación de irregularidades e incumplimiento de las leyes laborales y de salud ocupacional.
- Coordinación entre las tres instituciones involucradas que facilitó el trabajo de campo.

Desafíos

- ✓ Seguimientos de los actos administrativos pendientes y verificación del cumplimiento de las inconformidades encontradas.
- ✓ Incorporar del Servicio Fitosanitario del Estado.
- ✓ Realización de visitas de seguimiento anual a las fincas agrícolas con más de 50 trabajadores a fin de verificar los planes de salud ocupacional.

REGULACIÓN Y CONTROL DE PRODUCTOS DE CONSUMO HUMANO

Registro de productos de consumo humano

Situación actual

En los últimos años el país se ha visto inmerso en un proceso de globalización, que junto con los Tratados de Libre Comercio y el aumento en el intercambio comercial, ha hecho que la oferta de los productos de consumo humano, como medicamentos, productos naturales, alimentos, suplementos a la dieta, cosméticos, equipos y materiales biomédicos, productos de higiene, plaguicidas y productos químicos peligrosos se haya incrementado.

Si a esto se le suma la simplificación de los trámites de registro por medio de la “Plataforma Digital Regístrelo” y una serie de reglamentos que facilitan y establecen plazos máximos de respuesta, se observa que la cantidad de solicitudes que ingresa día a día para obtener el registro que les permite la comercialización de los mismos, ha ido aumentando tanto en cantidad como en la variedad de los productos.

La calidad de los productos es un tema de gran importancia para el Ministerio de Salud, ya que le corresponde el garantizar las condiciones sanitarias adecuadas de los mismos, para incidir de manera positiva en la salud de la población.

Logros

- El Ministerio de Salud dinamizó la economía, en apoyo al sector productivo

del país, mediante la reducción de los tiempos de registro de productos de interés sanitario:

- o Alimentos regulares de 3 meses a 22 días y los alimentos de bajo riesgo pasaron de 22 días a 5 días.
- o Cosméticos se redujo el tiempo de registro de 4 meses a 22 días y los de bajo riesgo de 44 días a 5 días.
- o Medicamentos pasaron de 15 meses a 5 meses.
- o Equipo y material biomédico redujeron el tiempo de registro de 7 meses hasta 2 meses.
- o Los suplementos a la dieta tendrán reconocimiento de los registros de países con normas iguales o más estrictas que las de Costa Rica, y actualmente el registro de estos productos está a 45 días.
- o Los productos de interés sanitario actualmente pueden registrarse las 24 horas al día, los 365 días del año.
- o Se redujo a la mitad el plazo para el reconocimiento de estudios clínicos y no clínicos en el registro de medicamentos.
- Reducción a 99 días hábiles para las inscripciones y renovaciones 44 días hábiles para los cambios post registro de medicamentos, mediante la publicación del decreto de reconocimiento de la evaluación y aprobación de informes

finales de estudios clínicos y no clínicos, tanto para medicamentos innovadores de síntesis química como para los biológicos y los que requieren presentar bio-equivalencia.

- Atención del 73% de los trámites realizados por medio del “Portal Regístrelo” dentro de los plazos que establece el Decreto Ejecutivo N° 39252-S “Reformas a los artículos 10 y 34 del Reglamento para el Funcionamiento.

Desafíos

- ✓ Cumplir con los plazos de atención de solicitudes de registro sanitario establecidos en el Decreto Ejecutivo N° 39252-S (del 30 de octubre de 2015), mediante el funcionamiento del Sistema Regístrelo 24/7/365 días.

Control de productos de consumo humano

Situación actual

Actualmente, se encuentran en el comercio una variedad de productos que podrían afectar la salud de los consumidores. Se ofrecen en distintas formas y presentaciones y proceden de una diversidad de países. Como consecuencia de este incremento en la oferta, también ha aumentado la necesidad de mejorar las acciones de control tanto en aduanas como en el mercado, así como en los sitios donde se fabrican o se almacenan dichos productos.

El programa de control incluye un número mayor de acciones, cada día aumenta

el número de denuncias atendidas y de establecimientos inspeccionados dentro de los operativos y como parte de la evaluación de las buenas prácticas de manufactura.

Adicionalmente, se ha sensibilizado un número grande de profesionales en salud de la conveniencia de notificar las reacciones o incidentes adversos y de ahí que la farmacovigilancia se ha incrementado.

Desde el 2014 se mantiene un proceso de verificación constante de la aplicación de las Buenas Prácticas de Manufactura en los laboratorios fabricantes de medicamentos y otros productos de interés para la salud, con el fin de garantizar la calidad y seguridad de los mismos.

Logros

- Verificación de que los laboratorios fabricantes de medicamentos, cumplan con todos los parámetros que permiten garantizar la seguridad y eficacia de los productos, alcanzando niveles de cumplimiento en los aspectos críticos del 100% (las Buenas Prácticas de Manufactura).
- Mejora del nivel de cumplimiento en laboratorios fabricantes de cosméticos, productos naturales medicinales y droguerías.
- Inspección de 19 establecimientos fabricantes de medicamentos para la verificación de las buenas prácticas de manufactura. De estos, 3 (15,8%) son laboratorios que fabrican únicamente productos naturales medicinales.

- Realización de cinco inspecciones a laboratorios fabricantes de productos cosméticos y nueve droguerías en apoyo al nivel local.
 - Capacitación al personal de los niveles locales para la inspección y verificación de Buenas Prácticas de Manufactura en las industrias de alimentos.
 - Se evitó que llegaran al consumidor 126 medicamentos que no cumplieron con los estándares de calidad, según los resultados remitidos por los laboratorios oficiales: Laboratorio de Normas y Calidad de los Medicamentos, de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Laboratorio de Asesoría y Análisis de Medicamentos de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica.
 - También se evitó que ingresaran al país ocho cargamentos de maíz y maní contaminados con aflatoxinas, gracias a la cooperación que se tiene con el Servicio Fitosanitario del Estado.
- ✓ Promoción y fortalecimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura en los laboratorios fabricantes de medicamentos a fin de que el cumplimiento de los parámetros de validación de áreas y métodos sean del 100%, así como los aspectos críticos de los fabricantes de cosméticos y productos naturales.
 - ✓ Mejora de la cooperación interinstitucional para lograr mayor efectividad en el control de productos de interés sanitario mediante la suscripción de convenios.

Programa para la implementación de la Ley 9028 “Ley General y Reglamento de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”

Situación actual

El fumado es una de las principales causas de muerte, más que cualquier otra sustancia psicoactiva debido a que se asocia con más de 25 enfermedades, entre ellas, el 30% de todos los cánceres, enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma, cáncer de labios, cáncer de la cavidad oral (boca, lengua y garganta), tráquea y es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

No obstante, gracias a la Ley 9028, “Ley General y Reglamento de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”, según encuestas realizadas tanto por el Ministerio de Salud como por el IAFA, se ha determinado que el tabaquismo en Costa Rica ha ido disminuyendo.

Desafíos

- ✓ Aumento del número de inspecciones y operativos y mejora de los procedimientos de control.
- ✓ Fortalecimiento de la coordinación entre los tres niveles de gestión del Ministerio a fin de lograr una mayor participación en las actividades de control de productos de interés sanitario.

El fumado en adultos según datos de la “Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos -2015 (GATS)” fue de 8, 9% (13,4 % en los hombres, 4, 49% en mujeres) con una alta proporción (73%) de personas que quiere dejar de fumar. Un 9,6%vde los fumadores eran residentes de zonas urbanas y el 7,1 % de zonas rurales.

El 6,3% de adultos quienes trabajan en espacios cerrados estuvieron expuestos al humo de tabaco en su lugar de trabajo. Un 4,9 % de los adultos encuestados estuvieron expuestos al humo de tabaco en el hogar. El 7,9 % de los que visitaron restaurantes en los últimos 30 días, estuvieron expuestos al humo del tabaco.

El gasto promedio mensual en cigarrillos fue de 19.370.00 colones. Un 5,4 % de la población compró cigarrillos a vendedores de la calle.

La Encuesta Nacional de Drogas en Población Secundaria, 2015, realizada por el IAFA y dirigida a estudiantes de secundaria, mostró que la edad media de inicio en el fumado fue de 13,7 años en mujeres y 13,1, en hombres.

En relación con la prevalencia de consumo, 85% de los estudiantes nunca habían consumido tabaco, 15% lo habían hecho alguna vez en su vida.

Aproximadamente 42 de cada mil estudiantes iniciaron el consumo de tabaco durante el último año. Los colegiales consumieron un promedio de 5,2 cigarrillos al día.

Durante el 2016 se realizaron evaluaciones de las dos primeras campañas de etiquetado de productos de tabaco de Costa Rica, períodos 2014-2015 y 2015-2016. El objetivo fue determinar la percepción de la población sobre la segunda campaña de etiquetado con pictogramas en las cajetillas de cigarrillos de Costa Rica, durante el período 2015-2016, en fumadores, exfumadores y no fumadores.

Logros

- Inclusión de un módulo sobre tabaquismo en la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que recopiló información sobre la práctica del fumado durante el embarazo y nacimiento de las/os hijas/os. Se encontró que alrededor de un 10% de las mujeres embarazadas dijeron fumar al momento de la encuesta; ninguna de ellas declaró fumar poco, lo que supone que aun estando embarazadas fuman regularmente. De las mujeres con edades entre 15 y 49 años que dijeron fumar, 45% de ellas habían fumado todos los días en los últimos 30 días, lo que implica que expusieron a su hijo o hijos a los daños del humo de segunda mano²⁸.
- Realización de una evaluación conjunta de necesidades para la implementación del CMCT en el país, durante la visita de un equipo internacional dirigido por la Secretaría del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT). Los

²⁸Humo de segunda mano: es la combinación del humo que sale del extremo de un cigarrillo encendido o producto de tabaco y el humo que exhala la persona que fuma. Cuando una persona está cerca de alguien que fuma, respira humo de segunda mano.

resultados preliminares indicaron que Costa Rica está dando pasos positivos y satisfactorios en la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

- Ratificación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, por parte la Asamblea Legislativa, mediante la Ley 9403 el 1 de diciembre del 2016.
- Cumplimiento del acuerdo número cinco de la XXXI reunión de la RESSCAD, realizada en octubre del 2015.
- Implementación del “Sistema Nacional de Infractores (SINFRA)” en la plataforma web de la institución, el cual permite contar en tiempo real con la información necesaria acerca de los infractores de la Ley 9028. Además, permite brindar respuesta oportuna a las denuncias de la población o infracciones detectadas por los funcionarios. Asimismo, la ciudadanía puede presentar denuncias y dar seguimiento a las mismas.
- Aprobación de la decisión FCTC/COP7 (12): “Consideración de los riesgos en función del género en el desarrollo de estrategias para el control del tabaco”, durante la séptima Reunión de las Partes (CPOP7), realizada en la India en noviembre del 2016.
- Conclusión del estudio: *“Impact of tobacco tax increases on the Social, Economic and Health Burden from*

tobacco uses in Latin America: a Cost-effectiveness analysis in Costa Rica”, investigación coordinada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina, con la participación del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. El estudio mostró que el 12 por ciento de todas las muertes que se producen en Costa Rica son atribuibles al tabaquismo y que éste es responsable en forma directa de la pérdida de 44.278 años de vida. . Esto representa 1.747 muertes por año que podrían ser evitadas. Los años de vida perdidos como consecuencia de fumar son en promedio 6 años de vida en fumadores y en exfumadores cerca de 3 años. El costo directo anual es de 129 mil millones de colones para la seguridad social lo que equivale al 0,47% de todo el PIB del país y al 4,8% de todo el gasto público anual en salud. La recaudación impositiva por la venta de cigarrillos fue de alrededor de 33,7 mil millones anuales; un valor que apenas llega a cubrir menos del 30% de los gastos directos provocados por el cigarrillo en el sistema de salud. El estudio además presenta escenarios posibles, así por ejemplo, un aumento de tan sólo un 10 por ciento del precio de los cigarrillos podría llegar a evitar 340 muertes, 1.369 enfermedades cardíacas, 145 nuevos cánceres y eliminar 157 accidentes cardiovasculares en diez años, y se podría generar recursos por 55.729

millones de colones, cifra derivada del ahorro en gastos sanitarios y del aumento en la recaudación impositiva.

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento de la planificación y respuesta coordinada para el control del tabaco a nivel institucional.
- ✓ Creación de un comité multisectorial en control de tabaco (art. 5.2 del CMCT).
- ✓ Creación de códigos de conducta y estrategias de sensibilización dirigidos a proteger las políticas de control de tabaco contra los intereses comerciales y otros creados de la industria tabacalera, y de aquellos que defienden sus intereses, de acuerdo con el Artículo 5.3 y sus directrices de aplicación.
- ✓ Reconsideración de la interpretación de la Directriz Ministerial 6540/2013. en relación con la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, a fin de prohibir la exhibición de productos de tabaco en puntos de venta.
- ✓ Implementación de un sistema de seguimiento y localización de los productos de tabaco y sus derivados para control del comercio ilícito.
- ✓ Aumento de los recursos humanos para hacer frente a la demanda creciente en los servicios de cesación de fumado en las comunidades.

Unidad itinerante para la promoción, prevención y control del tabaco y otras drogas

Situación del tema

El proyecto de Unidad Itinerante para la Promoción, Prevención y Control del Tabaco y Otras Drogas fue declarado de interés público y nacional, según Acuerdo Ejecutivo DM-FP 4349-2014 del 08 de julio del 2014

La Unidad Itinerante tiene como objetivo, capacitar a niños(as) y jóvenes de localidades urbanas y rurales en zonas de alto riesgo y constituye una alternativa complementaria a los programas nacionales de promoción y prevención del consumo de tabaco y otras drogas. Su principal característica es su desplazamiento a distintos lugares, a fin de lograr cobertura amplia en todas las regiones del país.

Además, incluye el uso de aplicaciones móviles. Según datos del informe del Estado de la Nación el 46% de los hogares cuenta con internet y existen 1,6 teléfonos móviles por persona; lo cual permite que estas tecnologías sean accesibles y puedan ser utilizadas en temas salud.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud cuenta con una plataforma virtual para capacitación, razón por la cual es importante este tipo de cursos que permiten el fortalecimiento del recurso humano a un costo menor para la institución y dan utilidad a esta plataforma.

Logros

- Diseño, transformación y equipamiento de dos tráiler con sus respectivos contenedores para el desarrollo y

- ejecución del Proyecto de Unidad Itinerante para la Promoción y Prevención contra el Consumo de Productos de Tabaco.
- Desarrollo de una aplicación móvil para la divulgación de la Ley 9028 por medio de actividades interactivas y mini juegos. Se incluyeron seis juegos enfocados a niños de 4 a 8 años de edad, de 8-12 años y a adolescentes de 12 a 16 años. Además, se promueve la sensibilización de la población infantil y adolescente sobre sus derechos en el marco de la Ley 9028.
 - Realización de dos cursos virtuales dirigidos a funcionarios de los tres niveles de gestión sobre la implementación de la Ley 9028 “Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud”. El curso se planteó como un complemento a las acciones de la lucha antitabaco desarrolladas por la institución.

Desafíos

- ✓ Generación de valor público del Ministerio de Salud de Costa Rica en cuanto al cumplimiento de la Ley 9028: “Ley de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud”, por medio de la innovación tecnológica en el diseño, desarrollo y mantenimiento de aplicaciones tecnológicas.
- ✓ Acompañamiento administrativo para el desarrollo de tecnologías de información y comunicación en salud.

- ✓ Desarrollo de mayores capacidades para tutores y diseñadores de cursos virtuales.
- ✓ Mantenimiento adecuado de la plataforma virtual para que esté actualizada y permitir el uso de herramientas: videos, presentaciones con movimientos, archivos muy pesados.

Evaluación de impacto de la Ley 9028 y su incidencia en el infarto agudo de miocardio (1997-2015).

Situación actual

De acuerdo con los resultados de la Encuesta GATS-CR-2015, se observa que un 9,1% en general (300 mil adultos), 13,6% de hombres y 4,5% de mujeres consumen tabaco. El 8,9% en general (300 mil adultos), 13,4% de hombres y 4,4% de mujeres fuman tabaco actualmente. El 0,1% en general, 0,1% de hombres y 0,0% de mujeres consumen tabaco sin humo.

Por otra parte, “Ariel Bardach, Alfredo Palacios, Andrea Alcaraz, Joaquín Caporale, et al, enuncian que el tabaquismo representa una de las principales causas de enfermedad y muerte prevenible en el mundo. Es así como aproximadamente un 6,3% de las muertes prematuras y años de vida ajustados a discapacidad ocurridos entre 1990 y 2010 a nivel mundial pueden ser atribuidas al tabaquismo, lo que representa más de seis millones de muertes por año debidas al riesgo aumentado de padecer cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad cardiovascular.”

Esta adicción ocasiona un gran impacto en los costos en el sistema de salud, que representa aproximadamente el 1% del producto interno bruto (PIB) y 15% del gasto nacional en salud en algunos países.

Durante el 2016 se desarrolló un modelo estadístico y un sistema de indicadores para determinar la relación existente entre la implementación de la Ley 9028 y la incidencia de Infarto Agudo al Miocardio, constituye un proceso innovador a nivel nacional, tanto por el objeto evaluado, como por las metodologías utilizadas y el proceso de trabajo colaborativo que se desarrolló entre el Centro Internacional de Política Económica para el Desarrollo Sostenible (CINPE) de la Universidad Nacional y la Unidad de Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud (UEIAS) del Ministerio de Salud (MS).

Cabe mencionar que los resultados obtenidos con el diseño y aplicación del sistema de indicadores, así como con el diseño y corrida del modelo estadístico, arrojaron evidencias acerca de la efectividad de la Ley 9028 en forma integral, particularmente en lo que se refiere a las restricciones para el fumado en sitios públicos y la protección de quienes no tiene hábitos de fumado.

En efecto, los datos permitieron establecer una relación indirecta entre el impacto de dicha ley y los casos de mortalidad y morbilidad del IAM, que se podrán visualizar con mucha mayor claridad en los años venideros, con la consecuente disminución de costos económicos para la CCSS.

Esta interpretación se sustenta en el análisis estadístico, ya que los cuatro modelos estadísticos utilizados permiten establecer y proyectar dicha tendencia a nivel.

Logros

- Diseño de Modelo de Evaluación.
- Diseño de Modelo Estadístico basado en Análisis de Información.
- Informe Final de Evaluación.
- Mapeo de las Clínicas de Cesación de Fumado.

Desafíos

- ✓ Seguimiento y ajustes necesarios al sistema de indicadores, construido específicamente para los fines de esta evaluación.
- ✓ Fortalecimiento del registro de la condición de fumador o no fumador en los expedientes clínicos (EDUS). Para ello es urgente el trabajo conjuntamente con las autoridades de la CCSS.
- ✓ Diseño de evaluaciones cuasi experimental con grupo control y grupo experimental, que permitan aislar la variable de hábitos de fumado y poder determinar con mayor propiedad la asociación de la causalidad de ésta con los casos de IAM. Lo anterior, se justifica en que los datos obtenidos permiten establecer una relación indirecta entre el impacto la implementación de la ley y los casos

de morbilidad y mortalidad del IAM, lo cual se podría visualizar con mayor claridad en los años venideros.

- ✓ Inicio de estudios longitudinales tipo panel que permitan dar seguimiento a grupos de personas durante varios años para percibir cambios en diferentes variables que visualicen el impacto en la incidencia de los casos de IAM.
- ✓ Promoción de una mejor distribución, de las Clínicas de Cesación de Fumado, dado que el mapa diseñado con base en el SIG muestra que la mayoría de clínicas se concentran en hospitales, nacionales, periféricos y especializados.
- ✓ Desarrollo de modelos de evaluación de impacto del tabaco en fumadores de segunda mano.

Programa Ponéle a la Vida.

Situación actual

La Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, mostró una prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adolescente de 13 a 19 de 23,9% en mujeres y de 17,4% en hombres. Por su parte la Encuesta Global de Salud Escolar (2009) dirigida a adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de edad, encontró una prevalencia de sobrepeso de 28,3% en mujeres y de 27,6% en hombres y una prevalencia de obesidad del 7,9% en mujeres y de 9,7% en hombres. Además, reveló que sólo un 31,7% de los estudiantes

consumía frutas y una proporción menor, 18,7%, consumía vegetales, mientras que solo el 27,4% de los estudiantes reportó realizar actividades que los mantuvieran físicamente activos, por un total de al menos 60 minutos por día. Se informó, que un 44,2% de los estudiantes realizaban actividades sentados durante tres o más horas por día, cuando no están en el colegio o haciendo sus tareas escolares.

Ante esta situación, desde el año 2012, el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación Pública Salud impulsó en 92 colegios con mayor población estudiantil del país, una iniciativa denominada "*Movete Disfruta la Vida*" con el objetivo de posicionar la alimentación saludable y la actividad física en la población adolescente escolarizada de 13 a 15 años.

A la fecha se han observado cambios en la conducta alimentaria y en la práctica de actividad física en los adolescentes de los colegios participantes. A finales del 2014²⁹, un 34,9% de los adolescentes consumía 2 o más frutas diarias, 38% consumía 2 o más vegetales diarios y el 64% realizaba actividad física al menos 3 días a la semana. Estos resultados plantearon la importancia de continuar realizando esfuerzos sostenidos para incidir directamente en los estilos de vida de las personas adolescentes y lograr un cambio cultural en el comportamiento alimentario y de actividad física.

El programa "*Ponéle a la Vida*" da inicio en el 2015, con el objetivo de "*fomentar en*

²⁹ Ministerio de Salud, Ministerio de Educación. Encuesta Reporte del indicador de estilos de vida 2015. Plan Movete Disfrutá la Vida 2012-2014.

la población el desarrollo de estilos de vida saludables, mediante la práctica de la actividad física y el incremento en el consumo de frutas y vegetales”, respondiendo al indicador específico *“Porcentaje de estudiantes con estilos de vida saludables”,* propuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.

Es impulsado mediante una alianza para la acción conjunta de las instituciones relacionadas con la salud de la población adolescente: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Consejo de la Persona Joven, Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y Unión Nacional de Gobiernos Locales. Además cuenta con un fuerte apoyo de la empresa privada costarricense.

La población meta, son los adolescentes escolarizados de 13 a 17 años de 100 colegios del país (135.000 estudiantes). Se implementa mediante tácticas vivenciales, divertidas y atractivas para los adolescentes, tales como: ferias, festivales, talleres dinámicos, rallies, concursos, carreras entre otros. Además de la campaña publicitaria del mismo nombre, incluye una página de facebook donde los estudiantes reciben consejos sencillos y en lenguaje apropiado para su edad, y es un espacio de comunicación e intercambio entre ellos.

Se implementa mediante una estructura organizativa del Ministerio de Salud en los tres niveles de gestión, constituida por equipos técnicos e integrados por representantes de

las instituciones que impulsan la iniciativa. Su objetivo es garantizar el eficaz cumplimiento del mismo.

Logros

- **Implementación en colegios:** se llevaron a cabo 1.266 tácticas, con un total de 5.620 actividades, con temáticas y dinámicas relacionadas con la alimentación saludable y actividad física, en las que los(as) adolescentes recibieron conocimientos, realizaron actividad física; disfrutaron y compartieron alimentación saludable. En estas actividades participaron alrededor de 126.763 adolescentes de un total de 100 colegios. Además, participaron un estimado de 2.630 adolescentes con discapacidad y 1.147 funcionarios entre docentes y administrativos.
- **Campaña Publicitaria:** La campaña en medios masivos se pautó en 10 cines, 28 emisoras y 31 canales de televisión. A partir del cuarto trimestre y como uno de los principales logros del programa, se lanzó una campaña digital utilizando redes sociales como Facebook, Instagram y la plataforma google Display, con información persuasiva para promover la alimentación saludable y la actividad física.
- **Facebook Ponele a la Vida:** La página de Facebook cerró el año con un total de 17.529 fans y un alcance total de la página de 611.018 personas.

Cabe destacar, que estos logros se han dado a pesar de que la página ha tenido un movimiento orgánico (sin inversión en viralización), lo cual es difícil en redes sociales. Todas las fotografías posteadas, corresponden a adolescentes de diferentes regiones del país que participan del programa, esto con el objetivo de que sean ellos mismos los vehículos de comunicación.

- **Cambios en la conducta alimentaria y de actividad física.**

El indicador *“porcentaje de estudiantes de colegios con estilos de vida saludables”*, se define de la siguiente forma: número de estudiantes que consumen 1 o más frutas al día, 1 o más vegetales y verduras al día, y que realizan actividad física 3 o más veces a la semana al menos 60 minutos diarios/número total de estudiantes participantes. Según la meta establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, el valor del indicador de estilos de vida saludable para el 2016 debería ser del 22,5%, ya que se estimó un aumento del 2,5% con respecto a la línea base 2013 (20%). La medición realizada en octubre de 2016, en una muestra representativa de los colegios que participan del programa, reveló que el porcentaje de estudiantes con estilos de vida saludable fue de 27,6%³⁰.

Desafíos

- ✓ Desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas en los adolescentes para la toma de decisiones saludables y generación de las condiciones que les permitan la toma de conciencia y el desarrollo del potencial personal y grupal para un cambio cultural en los estilos de vida; a fin de avanzar hacia el bienestar y la calidad de vida deseados.
- ✓ Construcción de entornos saludables en los ámbitos colectivos de vida (la escuela, el colegio, la universidad, el trabajo y la comunidad entre otros).
- ✓ Realización de esfuerzos integrales e integrados por parte del Estado costarricense para el desarrollo de todas las potencialidades, habilidades y destrezas para la toma de decisiones saludables por parte de los individuos y grupos sociales.
- ✓ Consolidación y sostenibilidad del “Programa Ponéle a la Vida” para avanzar hacia la construcción de estrategias-país dirigidas a los diferentes segmentos de la población, que refuercen los factores protectores de salud y del desarrollo humano, en especial los relacionados con el desarrollo de liderazgo, el empoderamiento y la participación social, en la toma de decisiones en salud.

³⁰Ministerio de Salud, Ministerio de Educación. Encuesta para la medición del indicador de estilos de vida 2016. Programa Ponéle a la Vida 2015-2018.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Oficialización de la Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud

Situación del tema

De acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 9234 Ley Reguladora de Investigación Biomédica y su reglamento en el artículo 6 inciso 1), y en cumplimiento de su rol rector, el Ministerio de Salud ha considerado oportuno conformar la infraestructura necesaria a nivel nacional para desarrollar sistemáticamente la investigación en salud.

Logros

- Elaboración y publicación del decreto ejecutivo N° 40001-S de la Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud (UIS), preparación del documento de Costo-Beneficio y publicación para

consulta pública.

- Implementación de la primera Unidad de Investigación en el Hospital San Juan de Dios.

Desafíos

- ✓ Considerando que la aplicación de esta norma es voluntaria, uno de los principales desafíos es lograr la aceptación por parte de las instituciones públicas y privadas.
- ✓ Cumplir con el objetivo de que el Sistema Nacional de Información en Ciencia y Tecnología en Salud realice el monitoreo del funcionamiento de las UIS con información relativa a la gestión de las investigaciones en salud, recurso humano, presupuesto y fuentes de financiamiento de la investigación en salud.

GESTIÓN INSTITUCIONAL

División Administrativa

Situación actual

La División Administrativa durante este año realizó avances significativos en temas como: uso de vehículos institucionales, teletrabajo, gestión ambiental, legalización de terrenos, utilización de normas financieras según las indicaciones de la Contraloría General de la República, entre otros.

Logros

- Gestiones para la eliminación de la restricción vehicular a la flotilla del Ministerio de Salud, lo cual permitió contar con toda la flotilla vehicular a nivel nacional, durante todos los días de la semana.
- Adquisición de 43 dispositivos “QuickPass” para los vehículos del nivel central y regional, lo que facilita la movilización por las carreteras nacionales.
- Solicitud de transporte vía internet entre las distintas unidades organizativas y el Área de Transportes, lo cual agiliza los trámites internos.
- Conformación de la Comisión de Teletrabajo, y emisión del Decreto Ejecutivo No. 39734-S. Reglamento para el Programa de Teletrabajo en el Ministerio de Salud, lo cual permitió colocar a funcionarios de todos los niveles de gestión en labores teletrabajables.
- Realización de gestiones para la autorización de puestos vacantes

congelados por la Directriz Presidencial 23-H mediante oficio DM-5721-2016. Además, con la Directriz Presidencial Número 053-H se autoriza el uso de puestos correspondientes al Programa de Vectores, vacantes por pensión o de función y plazas ubicadas en los diferentes Centros de CEN-CINAI.

- Ampliación y acondicionamiento del consultorio de psicología.
- Sistematización contable en el sistema SIGAF de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud.
- Presupuesto de Gobierno implementado en la versión SIGAF 2
- Incorporación del Programa 635 en el presupuesto del 2017, el cual incluye las Transferencias a las diferentes Instituciones del Sector Salud. Lo anterior brinda claridad al Presupuesto de Gobierno Central y permite conocer con exactitud los recursos con los que cuenta el Ministerio de Salud para la Gestión Institucional.
- Limpieza del Centro de Almacenamiento y Distribución (CAD) y de las Instalaciones del nivel central, lo cual permitió eliminar gran cantidad de artículos y suministros que se encontraban acumulados en las diferentes áreas del nivel central y del CAD.
- Realización de un remate de vehículos en desuso. Los recursos obtenidos serán utilizados para el financiamiento de proyectos del Programa de Gestión Ambiental Institucional (PGAI).

- Obtención de una calificación de 82.28 en la implementación del PGAI, otorgada por la Dirección de Gestión de Calidad Ambiental del MINAET.
- Realización de gestiones para la donación de los siguientes bienes inmuebles: -Hospital de Grecia, Sucre de San Carlos, Pavón de los Chiles, Hospital de Heredia, Los Ángeles de la Fortuna de San Carlos y Venado Carlos.
- Realización de la apertura de cuentas bancarias con sus respectivos códigos.
- Realización de la proyección de rebajos con la Dirección de Desarrollo Humano.
- Gestión de recursos para el pago del aporte patronal.
- Confección de un convenio para el préstamo de una oficina dentro de las instalaciones del Ministerio de Salud.

Desafíos

- ✓ Conclusión de la implementación de la NICSP con la elaboración de los Manuales de Procedimientos.
- ✓ Continuación de la limpieza de las instalaciones del nivel central durante el año 2017 y concientización de los funcionarios para que mantengan el orden y la limpieza.
- ✓ Realización de un remate de activos en desuso en el 2017.
- ✓ Desarrollo de acciones para mantener y mejorar la calificación del PGAI.
- ✓ Conclusión de los trámites de donación de terrenos iniciados en el 2016.

Asociación Solidarista

Durante el año 2016 se realizó el proceso de conformación e inscripción de la asociación la cual cuenta actualmente con cerca de 300 afiliados.

Logros

- Cuenta con un sistema informático para la realización de los rebajos.

- Capacitación de cuatro miembros de Junta Directiva en la utilización del Sistema Informático para la realización de los rebajos.

Desafíos

- ✓ Consolidación de la Asociación Solidarista del Ministerio de Salud.
- ✓ Garantía de los recursos correspondientes al Aporte Patronal.

Desconcentración de CEN-CINAI

La Dirección Administrativa, trabajó juntamente con la Dirección Nacional de CEN y CINAI para el cumplimiento de la disposición 4.4 del DEFOE-SOC-IF-24-2015, relacionado con la desconcentración de la Dirección Nacional de CEN CINAI, dentro de los principales logros se encuentran:

- Traslado de 20 funcionarios del Ministerio de Salud a CEN-CINAI, a partir de febrero del 2016.
- Certificación de 2440 puestos para CEN-CINAI para el presupuesto 2017 en el programa 632 (Oficio DDH-0899-2016).

- Realización de gestiones ante la Dirección Nacional de Presupuesto y la Autoridad Presupuestaria para contar con la plaza de Auditor Interno.
- Contratación e implementación del Sistema ERP, el cual es un Sistema Informático Integrado de manejo administrativo financiero.
- Conformación de una comisión con funcionarios de la División Administrativa, Proveeduría Institucional del Ministerio de Salud, y Dirección Nacional de CEN-CINAI, para realizar las gestiones de traslado de bienes inmuebles correspondientes.
- Conformación de 590 Comités de CEN-CINAI, (sustituyen las Asociaciones de Desarrollo).
- Elaboración del presupuesto de CEN-CINAI en coordinación con la Dirección de Planificación.

Desafíos

- ✓ La aprobación de un presupuesto extraordinario para que a partir del 01 de julio del 2017 la Dirección Nacional de CEN-CINAI pueda trabajar independiente del Ministerio de Salud.

Aplicación móvil para mejorar la gestión de denuncias de salud

Situación actual

Con el propósito de mejorar la participación ciudadana así como la gestión de las denuncias de salud, durante el 2016 se desarrolló una aplicación móvil.

El sistema le permite al ciudadano grabar una denuncia, automáticamente georreferenciar el punto y enviarlo a las autoridades de salud, todo esto desde su teléfono celular. Automáticamente la denuncia llega al Área Rectora de Salud correspondiente y a partir de ahí, se le brinda la atención correspondiente. Este mecanismo permite la trazabilidad de la denuncia así como la contabilización de los tiempos de respuesta.

Logros

- Desarrollo de la aplicación móvil.
- Ajuste de los protocolos de atención de denuncias en salud.

Desafíos

- ✓ Lanzamiento del uso del sistema en las Áreas Rectoras de Salud a principios del 2017.
- ✓ Concientización y uso por parte de la población.
- ✓ Sostenibilidad del sistema.

Tecnologías de Información y Comunicación

El Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación tiene como objetivo principal, garantizar que las tecnologías de información y comunicación respondan a las necesidades institucionales mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de la seguridad, disponibilidad, integridad y oportunidad de los sistemas de información, la infraestructura y los servicios, a fin de fortalecer la rectoría y la toma de decisiones.

Infraestructura

Logros

- Equipamiento tecnológico de 94 salas de situación en los tres niveles de gestión para el servicio ágil y oportuno de la información en el tema de tabaco.
- Establecimiento de la Red de Conectividad Institucional mediante la implementación de conexiones VPN en los tres niveles de gestión.
- Activación de licencias E1 en la plataforma de colaboración en línea para 2521 usuarios de la Institución.
- Aumento del ancho de banda de la conexión de Internet de 35 Mbps a 80 Mbps para las sedes regionales y áreas rectoras.
- Incorporación de servidores nuevos en el Data Center Institucional.
- Adquisición de 2500 Licencias de Antivirus para protección contra malware de los equipos institucionales.

Desafíos

- ✓ Modernización de las Redes de Áreas Local (LAN) en los tres niveles de gestión.
- ✓ Garantía de que los usuarios de la Institución tengan acceso a la plataforma de colaboración en línea.
- ✓ Migración de 850 usuarios al licenciamiento E3 en la plataforma de colaboración en línea.

- ✓ Aumento del ancho de banda de la conexión de Internet para los tres niveles de gestión a 100 Mbps y del ancho de banda de la conexión VPN de las Áreas Rectoras al menos a 4 Mbps.
- ✓ Técnicos y profesionales en informática capacitados en actividades propias del cargo.
- ✓ Asignación de equipo de cómputo nuevo según los perfiles elaborados y basado en las siguientes prioridades: usuario sin equipo y cambio de equipo por obsolescencia.

Sistemas de información en salud

Logros

- Diseño, desarrollo o ampliación de los siguientes sistemas:
 - o Sistema Nacional de Información sobre Gestión Integral de Residuos (SINIGIR)
 - o Sistema Nacional de Registro de Infractores a la Ley 9028 (SINFRA).
 - o Sistema de Información para Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales.
 - o Sistema Estandarizado de Regulación en Salud (SERSA).
 - o Sistema Nacional de Vigilancia en la Salud (SINAVIS).
 - o Sistema Nacional de Información sobre Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (SINICTIS).

- o Sistema de VIH SIDA (SINVIH).
- o Sistema de Información Geográfico OGES.
- o Sistema Gestión Recursos Humanos.
- o Sistema de Gestión de Licencias de Software.
- o Sistema de Información de Adolescentes (SINA).
- o Adquisición de la aplicación para la firma digital Signum One.
- o Sistema de Notificación de Farmacovigilancia.
- o Sistema de Registro de las solicitudes del carné de fiebre amarilla.

Desafíos

- ✓ Desarrollo de nuevos sistemas transaccionales.
- ✓ Análisis, diseño y desarrollo e implementación del proyecto Donantes de Órganos.
- ✓ Implementación de los sistemas y aplicaciones desarrollados.

Servicios en TIC y otros

Logros

- Elaboración de procedimientos, inventarios, directrices, políticas requeridos para la gestión tecnológica.
- Actualización del OTRS, para dar un seguimiento a la atención de usuarios,

definiendo servicios, líneas de atención y escalamiento.

- Creación de una biblioteca de Imágenes en el sitio web.
- Actualización del sub-sitio: "Red de Transparencia" y Rediseño sitio web MCP de CONASIDA.
- Desarrollo e implementación del Plan de Capacitación en Tecnologías de Información y Comunicación 2016-2020

Desafíos

- ✓ Desarrollo y actualización de los siguientes documentos:
 - o Plan de Contingencia y Continuidad de Operaciones en TIC.
 - o Marco de Gestión para la Calidad de la Información.
 - o Modelo de Arquitectura de Información para el Ministerio de Salud.
 - o Desarrollo de la Inducción Organizacional en Línea.
 - o Catálogo de Servicios TICs.
- ✓ Mejora en el acceso a la página web institucional para cumplimiento de la Ley 7600.
- ✓ Capacitación del 20% de los funcionarios del Ministerio de Salud en cursos de ofimática.

PRODUCCIÓN INSTITUCIONAL

Nivel Central

A continuación se presentan una serie de cuadros con la producción del nivel central de la institución.

Cuadro 10
Normalización y Control de Servicios de Salud y Afines, Ministerio de Salud, 2016.

Actividad	Tipo	Número	Porcentaje
Permisos, autorizaciones y habilitaciones	Permiso de funcionamiento a hospitales	1	0,07
	Autorización para proceso de donación de trasplante de órganos y tejidos.	6	0,40
	Autorización de la importación de tejidos.	4	0,26
	Habilitación para centros de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad	1	0,07
	Habilitación de bancos de sangre	1	0,07
	Habilitación de bancos de sangre de cordón umbilical	1	0,07
	Certificado de funcionamiento de Centros de Atención Integral de Menores (CAI)	1504	99,08
	TOTAL	1518	100
	Atención de denuncias ³¹	60	
	TOTAL		0

³¹ Centros de Atención Integral (CAI):54, servicios de trasplantes:3, otros servicios de salud: 3.

Cuadro 11
Normalización y control de productos de consumo humano, Ministerio de Salud, 2016.

Actividad	Tipo	Número	Porcentaje
Inspecciones	Buenas prácticas de manufactura medicamentos	21	55,26
	Buenas prácticas de almacenamiento en droguerías	9	23,68
	Buenas prácticas de manufactura cosméticos	5	13,16
	Buenas prácticas de manufactura de productos naturales	3	7,89
	TOTAL	38	100
Atención de denuncias	Alimentos	38	28,36
	Cosméticos	10	7,46
	Equipo y material biomédico	14	10,45
	Medicamentos	25	18,66
	Productos naturales	11	8,21
	Productos de higiene	7	5,22
	Productos químicos	14	10,45
	Suplementos a la dieta	14	10,45
	Otros	1	0,75
	TOTAL	134	100
Operativos de control	Productos Naturales	17	16,04
	Productos frescos (cárnicos y vegetales)	1	0,94
	Alimentos pre-ensados	23	21,70
	Cosméticos	27	25,50
	Suplementos a la dieta	7	6,60
	Medicamentos	14	13,21
	Productos higiénicos y químicos	11	10,38
	Equipo y material biomédico	6	5,66
	TOTAL	106	100

Actividad	Tipo	Número	Porcentaje
Tecno y Farmacovigilancia	Notificaciones de fármaco-vigilancia	5500	98,35
	Notificaciones por tecnovigilancia	92	1,64
	TOTAL	5.592	100
Emisión de Ordenes Sanitarias	Cargamentos contaminados	15	3,24
	Denuncias	80	17,28
	Farmacovigilancia	58	12,53
	Medicamentos rechazados	112	24,19
	Muestreo	7	1,51
	Operativos	107	23,11
	Publicidad	35	7,56
	Venta libre	35	7,56
	Primer lote	14	3,02
	TOTAL	463	100

Cuadro 12
Registro de productos de consumo humano, Ministerio de Salud, 2016.

Tipo de producto	Número (%)			Total (%)
	Aprobados	Rechazados	Prevenidos	
Alimentos	19.774 (41,27)	1324 (41,45)	8259 (37,78)	29357 (39,81)
Equipo y material biomédico	7.032 (14,53)	439 (13,74)	4330 (19,81)	11801 (16,00)
Cosméticos	8.001 (16,54)	373 (11,68)	2872 (13,14)	11246 (15,25)
Productos químicos	7.420 (15,33)	341 (10,68)	2226 (10,18)	9987 (13,54)
Medicamentos	4.779 (9,88)	631 (19,76)	3559 (16,28)	8969 (12,16)
Productos de higiene	1.110 (2,29)	55 (1,72)	414 (1,89)	1579 (2,14)
Plaguicidas de uso doméstico e industrial	89 (0,18)	3 (0,09)	38 (0,17)	427 (0,57)
Productos naturales	182 (0,38)	28 (0,88)	165 (0,75)	375 (0,50)
TOTAL	48.387	3.194	21.863	73.741

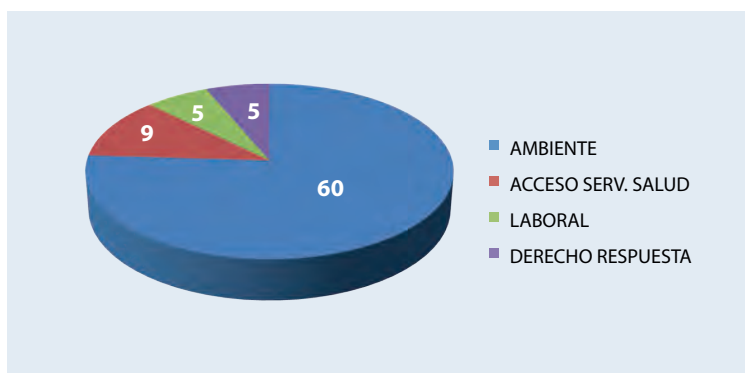
Cuadro 13
Normalización y control de actividades de salud ambiental, Ministerio de Salud, 2016.

Actividad	Tipo	Número	Porcentaje
Inspecciones	Radiaciones ionizantes	8	1,54
	Denuncias sanitarias	26	5,00
	Acueductos (con muestreo)	158	30,38
	Plantas de tratamiento de aguas residuales (con muestreo)	78	15,00
	Calderas y hornos (con muestreo)	71	13,65
	Rellenos sanitarios y vertederos (con y sin muestreo)	38	7,31
	Inocuidad alimentaria (con muestreo)	33	2,50
	Piscinas (con muestreo)	13	2,71
	Gestores de residuos	49	9,42
	Unidades de cumplimiento	46	8,85
	TOTAL	520	
Autorizaciones sanitarias	Emisores de radiaciones	62	1,52
	Empresas que brindan servicios de protección radiológica	21	0,51
	Gestores de residuos	42	1,03
	Unidades de cumplimiento	131	3,21
	Movimientos transfronterizos de residuos peligrosos	13	0,32
	Fichas de emergencias	3.336	81,66
	Desalmacenaje de productos con notas técnicas	480	11,75
	TOTAL	4.085	100,00

Cuadro 14
Asuntos jurídicos, Ministerio de Salud, 2016.

Proceso	Tipo de actividad	Número	Porcentaje
Asesoría legal	Proyectos de ley (iniciativa del MS y consultados por la Asamblea Legislativa)	47	8,79
	Decretos ejecutivos	69	12,90
	Acuerdos ejecutivos	25	4,67
	Acuerdos ministeriales	154	28,79
	Convenios y Contratos Administrativos (incluye actos de recomendación)	226	42,24
	Órganos directores de procedimiento	14	2,62
	TOTAL	535	100
Gestión jurídica	Recursos de amparo	79	7,29
	Recursos de apelación, nulidad, suspensión	657	60,61
	Contenciosos	12	1,00
	Denuncias Administrativas	40	3,69
	Reclamos administrativos	296	27,31
	TOTAL	1.084	100

Gráfico 8
Recursos de amparo atendidos, según categoría, Ministerio de Salud, 2016



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Asuntos Jurídicos, 2016.

Cuadro 15
Reclutamiento y selección de personal, Ministerio de Salud, 2016.

Actividad	Tipo	Cantidad de nóminas recibidas	Cantidad de nóminas resueltas (nombramientos)	Porcentaje de resoluciones satisfactorias
Reclutamiento y selección de personal	Resolución de nóminas de la DGSC	196	108	55
	Resolución de nóminas por artículo 15	42	37	88
	Evaluación de período de prueba	56	56	100
	Pedimentos de personal	119	119	100
	Informes técnicos de justificación de puestos "congelados".	62	54	87
	Concurso interno MS-CI-01-2016	1	4	50
	Concurso interno MS-CI-02-2016	53	190	87
	Concurso interno por traslado enfermería	35	35	100

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Recursos Humanos, 2016.

Cuadro 16
Clasificación de puestos, Ministerio de Salud, 2016.

ACTIVIDAD	TIPO	Cantidad de Solicitudes recibidas
Análisis y clasificación de puestos	Dictamen de factibilidad+C29:C40C29:C41	186
	Reasignaciones	100
	Recalificaciones	11
	Estudio para modificar especialidad	5
	Estudios de provisionalidad	60
	Dictámenes ocupacionales (por diferencias salariales)	16
	Recursos de apelación	10
	Estudio para Incorporación de atinencias académicas en el Manual de Especialidades de la Dirección General de Servicio Civil	6
	Criterio técnico sobre puesto con problemas de salud	5
	Certificaciones para actualización salarios pensionados	7
	Estudio para modificar nomenclatura puesto confianza	1
	Estudio para crear puesto excluido	1
	Traslado horizontal	1
	Total	409
Actualización y mantenimiento de Manuales de Clasificación	Modificación de Manual Institucional	2
	Propuestas de creación, cambio o ajustes a grupos de especialidades	2
	Total	4

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Recursos Humanos, 2016.

Cuadro 17
Administración de salarios e incentivos, Ministerio de Salud, 2016.

ACTIVIDAD	TIPO	Cantidad de Solicitudes recibidas
Administración de salarios e incentivos	Solicitudes de reconocimiento/ajuste/ingreso de carrera profesional	1456
	Solicitudes de reconocimiento de retribución por riesgo de peligrosidad	49
	Solicitudes de reconocimiento aumentos anuales	74
	Solicitudes de reconocimiento de dedicación exclusiva	412
	Registro de pólizas de fidelidad	25
	Reclamos administrativos por concepto de pago de extremos laborales	204
	Reclamos administrativos por concepto de diferencias salariales adeudadas	31
	Nombramientos (propietarios, interinos, sustitutos)	4036
	Nóminas de incapacidades	720
	Nóminas de tiempo extraordinario	216
	Planilla del INS	12
	Planilla SICERE	12
	Informes de Acreditaciones que no corresponden	12
	Informes mensuales de Ejecución Presupuestaria de la partida de remuneraciones	12
	Resoluciones judiciales	3

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Recursos Humanos, 2016.

Cuadro 18
Infraestructura, bienes, servicios y otras actividades, Ministerio de Salud, 2016.

Actividad	Tipo	Número	Inversión (millones de colones)
Infraestructura	Construcción Nueva	5	1.121,0
	Remodelaciones Mayores	2	330,5
	Remodelaciones Menores	2	91,0
	Reparaciones Menores	2	0,6
	TOTAL		1.543,1
Bienes y Servicios	Vehículos	20	285,4
	Motocicletas	100	216,0
	Mobiliario de Oficina	1140	144,4
	Equipo de computo	956	120,4
	Equipos varios	786	274,9
	TOTAL		1.041,1
Gestión Ambiental Institucional	Recolectores Instalados	175	2.579,0
	Proyecto Post-Cierre Relleno Sanitario Río Azul	1	1.257,1
	TOTAL		3.836,1

Nivel Regional

A continuación se presentan los cuadros con la producción de las regiones de salud.

Cuadro 19
Producción según tipo de actividad y región rectora de salud, Ministerio de Salud, 2016

Región de Salud	Tipo de Actividad									
	Inspecciones		Permisos y autorizaciones		Reportes operacionales		Atención de alertas sanitarias		Respuesta a emergencias y desastres	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Central Sur	20.745	32,4	21.348	33,8	2.880	48,5	6.217	94,7	35	29,4
Huetar Caribe	9.801	15,3	4.868	7,7	707	11,9	47	0,72	13	10,9
Brunca	8.291	12,9	4.206	6,7	219	3,7	217	3,3	7	5,9
Chorotega	6.785	10,6	6.795	10,8	332	5,6	22	0,34	13	10,9
Pacífico Central	5.939	9,3	4.707	7,5	239	4,0	22	0,34	24	20,2
Central Norte	4.458	7,0	10.198	16,1	930	15,6	7	0,11	11	9,2
Central Este	3.890	6,1	5.058	8,0	364	6,1	6	0,09	3	2,5
Huetar Norte	3.114	4,9	3.281	5,2	180	3,0	21	0,32	9	7,6
Central Occidente	1.017	1,6	2.702	4,3	92	1,5	4	0,06	4	3,4
Total	64.040	100,0	63.163	100,0	5.943	100,0	6.563	100,0	119	100,0

Cuadro 20
Porcentaje de permisos de funcionamiento o autorizaciones otorgados
según tipo, nivel regional y local, Ministerio de Salud, 2016

Tipo de permiso o autorización	Número	Porcentaje
Comercio	24.274	38,4
Servicios de alimentación al público	19.287	30,5
Revisión de planos sistema APC	6.614	10,5
Autorizaciones sanitarias	5.005	7,9
Establecimientos de salud	3.448	5,5
Eventos masivos: ferias, turnos, fiestas patronales, actividades culturales, deportivas y similares	2.097	3,3
Industrias	1.683	2,7
Otros ³²	755	1,2
Total	63.163	100

Cuadro 21
Eventos de notificación obligatoria según región de salud,
Ministerio de Salud, 2016.

Tipo de permiso o autorización	Número	Porcentaje
Central Sur	235.556	26,1
Pacífico Central	177.181	19,7
Central Occidente	122.355	13,5
Chorotega	100.879	11,2
Central Norte	90.916	10,1
Brunca	65.044	7,2
Huetar Norte	45.414	5,0
Huetar Caribe	34.606	3,8
Central Este	33.718	3,7
Total	905.669	100

³² Iglesias y Centros de Culto, acueductos, planta de tratamiento de urbanizaciones, de ubicación (cementeros, urbanizaciones, centros de acopio)

HORARIOS DIFERENCIADOS Y TELETRABAJO

Situación actual

En enero del 2016 se conformó la “Comisión Institucional de Teletrabajo”, conformada por miembros representantes de la Dirección General de Salud, Dirección de Asuntos Jurídicos, Dirección de Planificación, Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, División Administrativa y Dirección de Desarrollo Humano, quienes mediante diferente capacitaciones y apoyados con la Comisión Nacional de Teletrabajo, iniciaron la implementación de esta modalidad en el Ministerio. Esta Comisión se reunió semanalmente durante todo el año.

Logros

- Más del 20% de los funcionarios del Ministerio de Salud en el Área Metropolitana se acogieron a horarios diferenciados o a condiciones de concentración
- Implementación del Teletrabajo en 89 funcionarios del Ministerio de Salud
- Elaboración, publicación y divulgación del “Reglamento para el Programa de Teletrabajo en el Ministerio de Salud”, promulgado mediante Decreto Ejecutivo Número 39734-S del 21 de Junio del 2016.
- Elaboración del Formulario de Solicitud para Teletrabajar,

- Acuerdo de Teletrabajo
- Instrumento de seguimiento del teletrabajo

Desafíos

- ✓ Aumentar el número de funcionarios que optan por la modalidad de Teletrabajo en los tres niveles de gestión
- ✓ Medir los resultados de la implementación del Teletrabajo y los horarios diferenciados en la institución

ATENCIÓN DE DENUNCIAS

Situación actual

Por la naturaleza de las competencias que le otorga la normativa al Ministerio de Salud para el mejoramiento y protección de la salud de la población, la institución recibe gran cantidad de denuncias en los tres niveles de gestión.

Las denuncias son presentadas por los clientes internos y externos, mediante los diferentes medios físicos y digitales oficialmente establecidos, entre ellos el “Sistema de Infractores de la Ley 9028” (SINFRA), página WEB, formulario “Aquí no se fuma”, Aplicación de Teléfono Móvil APP “Denuncia Salud”, correo electrónico, físico, fax y telefónico; y es responsabilidad del Ministerio gestionar en forma eficiente y eficaz la recepción, registro, revisión y trámite de las denuncias que ingresan.

Los tres tipos de denuncias que se reciben con más frecuencia son las relacionadas con aguas residuales, ruido y mal manejo de residuos.

Logros

- Mejoramiento de los medios de recepción de denuncias con el desarrollo de la aplicación de teléfono móvil para notificación de la denuncia APP “Denuncia salud”.
- Implementación de mejoras del Sistema Estandarizado de Regulación en Salud (SERSA), mejorando la transparencia y el seguimiento para la resolución de las denuncias y otros trámites.
- Implementación del “Sistema de Infractores a la Ley 9028, (SINFRA)”, cuyo objetivo es un registro único en tiempo real, garantizando la transparencia

durante todo el proceso de la atención y resolución de la denuncia.

- Elaboración e implementación del procedimiento “Atención de denuncias”, con lo cual se busca homologar y priorizar la atención de las denuncias en los tres niveles de gestión.

Desafíos

- ✓ Lograr la implementación en el 100% del procedimiento “Atención de denuncias, a nivel nacional.
- ✓ Contar con un registro único de los trámites de: Atención de Denuncias, Permiso Sanitario de Funcionamiento y Carné Manipulación de Alimentos.
- ✓ Contar con expedientes electrónicos para la atención eficiente de las denuncias.

Cuadro 22
Denuncias registradas según región de salud, Ministerio de Salud,
Costa Rica, 2016.

Región Rectora de Salud	Número de denuncias	Porcentaje
Central Sur	6.453	29,3
Central Norte	4.254	19,3
Chorotega	2.780	12,6
Pacífico Central	2.125	9,7
Central Este	1.714	7,8
Huetar Caribe	1.474	6,7
Central Occidente	1.269	5,8
Brunca	1.251	5,7
Huetar Norte	681	3,1
Total	22.001	

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Atención al Cliente, con base en información de las regiones de salud, 2016

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO Y ENTOMOLÓGICO

MINISTERIO DE SALUD, COSTA RICA

11 ENE. 2017

Resumen 2016 de la situación Zika, Chikungunya y Dengue



ZIKA Resumen de situación en América

Situación del Virus del Zika en América Central, 2016

País	Casos Sospechosos	Casos Confirmados	Tasa de Incidencia	Casos Síndrome congénito asociado a Zika
Belice	756	68	224,5	0
El Salvador	11.413	51	186,5	4
Guatemala	3343	788	24,78	15
Honduras	31936	298	392,5	2
Nicaragua	0	2052	33,3	2
Panamá	2570	652	80,75	5

Fuente: OPS, 2016 Datos hasta el 29 de Diciembre

Costa Rica, 2016

Zika

Total de casos
Confirmados:

1649

Total Casos Notificados:

7386

Total Casos Descartados

2832

Tasa de Incidencia
notificada

**151 por 100.000
habitantes**

Complicaciones
asociadas a Zika
reportadas

Síndrome Congénito
Asociado a Zika:

2

Síndromes
Neurológicos:

4

Embarazadas con Zika:

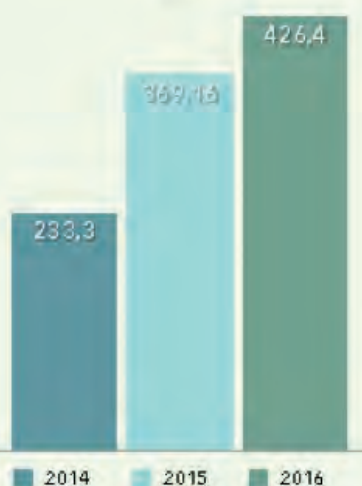
150

Dengue

Total de casos
Notificados

22605

Tasa de Incidencia
notificada años 2015 y
2016



Serotipos Circulantes

1, 2 y 3

Chikungunya

Total de casos
Notificados

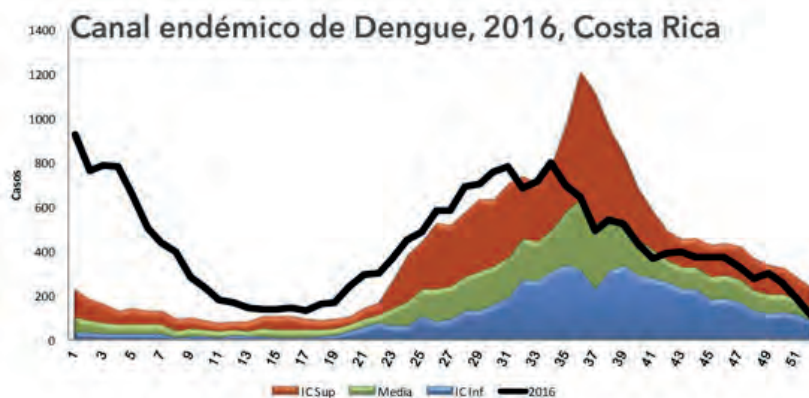
3421

Tasa de Incidencia
notificada años 2015 y
2016



Estado actual: Mujeres embarazadas con Zika* por Cantón

Cantón	Número de Embarazos	Número de Embarazos finalizados	Complicaciones
Puntarenas	41	9	Ninguna
Garabito	17	5	1 aborto
Esparza	15	6	1 aborto
Orotina	13	6	Ninguna
Santa Cruz	7	2	Ninguna
Matina	7	1	1 aborto
Quepos	6	4	1 aborto
Cañas	5	0	Ninguna
Liberia	4	0	Ninguna
Carrillo	4	0	Ninguna
Limón	4	1	1 aborto
Guácimo	3	0	Ninguna
Sarapiquí	7	1	Ninguna
Nandayure	2	1	Ninguna
Parrita	2	2	Ninguna
Turrialba	2	0	Ninguna
Alajuela	2	0	Ninguna
Abangares	1	1	Ninguna
Santa Bárbara	1	0	Ninguna
Pococí	1	0	Ninguna
Alajuelita	1	0	Ninguna
Aserri	1	0	Ninguna
Hojancha	1	0	1 aborto
San José	1	0	Ninguno
San Mateo	1	0	Ninguno
Nicoya	1	1	Ninguna
Total	150	40	—



Manejo Integrado de Vectores



Criaderos potenciales abordados:

Eliminados
982 905

Tratados
1 981 684

Total: 2 964 539

Casas visitadas

687 128

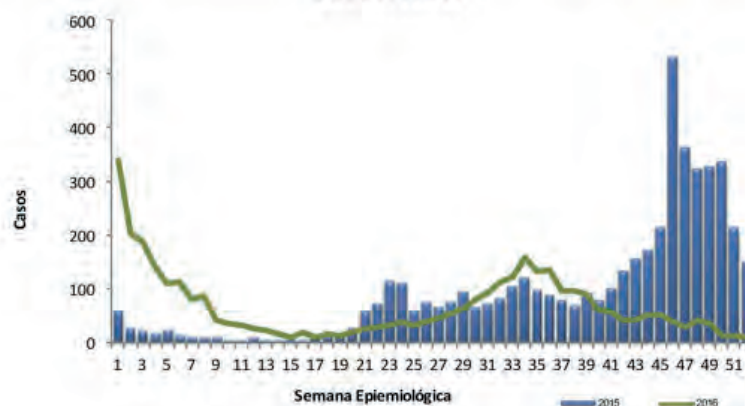
Casas Fumigadas

759 234

Criaderos con huesecillos y/o larvas

333 89

Tendencia casos de Chikungunya, años 2015-2016, Costa Rica



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud e INCIENSA, Ministerio de Salud

Casos reportados de enfermedades transmitidas por vectores en los 26 cantones con mayor actividad* en las últimas tres semanas del 2016

Cantón	Casos sumados de Dengue y Chikungunya		
	Sem 50	Sem 51	Sem 52
Alajuela Central	44	32	16
Puntarenas Central	26	22	20
Siquirres	30	18	18
San Jose Central	17	18	7
Carrillo	20	16	4
Montes De Oro	12	0	12
Talamanca	22	12	12
Pococí	8	28	10
Golfito	2	10	8
Garabito	20	6	8
Desamparados	15	7	1
Perez Zeledon	33	7	7
Atenas	7	7	4
Esparza	6	2	6
Parrita	6	4	8
Turrialba	13	4	0
Cañas	10	2	4
Limon Central	4	12	0
Alajuelita	3	0	3
Grecia	2	2	0
Orotina	3	1	2
Belen	2	2	0
Flores	4	2	2
Liberia	0	6	2
Bagaces	2	6	0
Abangares	2	2	2

Logros
Instituciones Adscritas

AUDITORÍA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Derechos y obligaciones de la personas usuarias de los servicios de salud, públicos y privados en todo el territorio nacional.

Situación actual

Desde el año dos mil dos se crea la Auditoría de Servicios de Salud mediante la Ley 8239 “Ley Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, Públicos y Privados”, como un órgano de desconcentración máxima adscrita al Ministerio de Salud. Dicho ente es el encargado realizar una serie de funciones como resguardo de la calidad en la atención de los prestadores de servicios de salud, además de señalar los casos en los cuales se justifica la no existencia de contraloría de servicios de salud. Se debe anotar que la Auditoría General de Servicios de Salud, dentro de las actividades que realiza y las asignadas por ley no son similares a las funciones de ninguna unidad organizativa del Ministerio de Salud o con la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. La Auditoría es un ente de criterio con carácter de fiscalizador o supervisor tanto para la Caja Costarricense de Seguro Social y otras entidades públicas como el INS y todo el sector de servicios médicos en el ámbito privado.

De esta manera a partir del año 2016 el Dr. Fernando Llorca Castro reactiva la Auditoría

General de Servicios de Salud, a fin de cumplir con lo que la Ley dispone desde el año 2002y fortalecer la rectoría que debe ejercer esta cartera ministerial en la salud de la población, este caso en específico, en la calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional.

A fin de tutelar los derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios de salud, el Dr. Llorca ha encomendado al personal de la Auditoría General de Servicios de Salud, generar una única lista de espera, que sea manejada por la institución y que permita a la Caja Costarricense de Seguro Social determinar las prioridades de atención en el país y a los asegurados conocer el estado de su situación al respecto.

Logros

- Desarrollo en conjunto con otras organizaciones y entidades públicas, lo relacionado a la construcción de listas de espera actualizadas en consulta externa especializada, procedimientos diagnósticos y cirugía electiva, tema álgido y que otras administraciones no hay querido dar prioridad a pesar de la importancia del mismo en la atención oportuna y de calidad de los usuarios de los servicios médicos en el país.
- Autorización de la contratación de 47 médicos especialistas para cubrir las necesidades de atención médica especializada en la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el abordaje

conjunto con la Caja Costarricense de Seguro Social, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y el Bloque Unitario Sindical Social Costarricense (BUSSCO).

- Conclusión de la primera etapa del proyecto “Evaluación de Satisfacción de Usuarios de Servicios de Salud”, obteniéndose cinco instrumentos para medir la satisfacción de las personas usuarias de servicios de salud públicos y privados, en los servicios de urgencias, cirugía ambulatoria, atención domiciliar, hospitalización y consulta externa.
- Fortalecimiento organizacional de la Auditoría General de Servicios de Salud y dotación de recurso humano.

- Realización de 35 visitas de inspección y verificación a servicios de salud públicos y privados de, las cuales treinta se realizaron en hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social y cinco en centros hospitalarios privados, ubicados en el área metropolitana.

Desafíos

- ✓ Fortalecer la Auditoría General de Servicios de Salud, mediante la dotación de infraestructura, recurso humano, tecnológico y bienes y servicios para atender lo dispuesto en la Ley 8239 en relación a la supervisión continua que debe ejercer en forma preventiva y correctiva.

DIRECCIÓN NACIONAL DE CEN-CINAI

Nutrición Preventiva

Situación actual

Costa Rica ha mejorado sus indicadores nutricionales y, según la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, la desnutrición global (peso para edad, P/E) afecta a un 1.1% de los niños menores de 5 años y a un 5.6% tenía desnutrición (clasificación delgado) según el Índice de Masa Corporal (IMC). Por otra parte se encontró una prevalencia de sobrepeso en la etapa preescolar (menores de 5 años) de un 8.1% mientras que los niños y niñas de 5-12 años, el porcentaje de sobrepeso y obesidad fue de un 21.4%.

Encuanto a las deficiencias de micronutrientes, la Encuesta Nacional de Nutrición 2008 encontró que:

- o En preescolares la deficiencia de vitamina A se redujo pasando a tener una prevalencia de solo 2.8%. Sin embargo, un 29,4% tiene carencia marginal de vitamina A.
- o Un 23.9% de la población preescolar tiene deficiencia de zinc sérico, lo cual constituye un problema de salud pública.
- o La anemia en preescolares y mujeres en edad fértil tuvo una prevalencia de 7.6% y 9.9%, respectivamente. Esta prevalencia ha mejorado, ya

que en 1996 estos porcentajes eran de 26.4% y 18,5%. Sin embargo, la deficiencia en las reservas de hierro (ferritina) en el grupo preescolar fue de un 25,4%.

Según un estudio realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social, un 24% de los niños presentó valores por debajo de 11 mg/dl de hemoglobina, se encontró que el porcentaje es más alto en los niños de 6 a 12 meses comparado con los de 12 a 24, más esta diferencia no es estadísticamente significativa. Los resultados sugieren una asociación entre la anemia y la pobreza y que se convierte en un problema severo de salud en comunidades económicamente excluidas.

En población atendida por la Dirección Nacional de CEN CINAI, en el año 2013, se representó un 2.9% de desnutrición global (según indicador Peso/Edad) y un 7.7% de desnutrición crónica (según indicador talla/peso) en menores de 5 años y de 5 a 12 años un 9.6% clasificados como delgados (según Índice de Masa Corporal). Por el contrario, al problema de sobrepeso y/o obesidad, en la Dirección Nacional de CEN CINAI los porcentajes fueron de un 2% y 10%, respectivamente.

Logros

- Servicio de alimentación complementaria en atención intra y extramuros a 134.806 niños, niñas y mujeres embarazadas y en período de lactancia en condición de vulnerabilidad social y de salud.

- Diseño e implementación de la “Estrategia en el componente de educación alimentario-nutricional para la promoción de la salud y la prevención de la malnutrición y enfermedades no transmisibles” para la Dirección Nacional de CEN-CINAI 2016-2021. Se promueve la salud enfatizando en los factores protectores en la prevención de las Enfermedades crónicas no transmisibles y malnutrición.
- Desarrollo del seminario “Mujeres y adolescentes embarazadas o en periodo de lactancia: su salud, nutrición y condiciones socio-afectivos”. Participaron 59 funcionarios que laboran en las diferentes regiones y niveles de gestión de la Dirección Nacional de CEN-CINAI e instituciones afines.
- Desarrollo de una herramienta denominada “Seguimiento al niño o niña con malnutrición”, la misma permite el registro individualizado de los casos que son detectados con malnutrición, ya sea por carencia o exceso en el consumo de nutrientes y los seguimientos que se realizan para control de su evolución nutricional. La herramienta es alimentada y actualizada por los profesionales de las 41 Oficinas Locales, responsables del seguimiento de los casos prioritarios, son referidos al proceso de atención interdisciplinaria lo que permite un abordaje integral de la problemática de malnutrición que presenta el caso y su grupo familiar.
- Participación en investigaciones operativas por medio de alianzas estratégicas con universidades para aporten conocimiento, metodologías e instrumentos para el desarrollo de servicios de calidad, entre ellas: “Propuesta para uso de atlas fotográfico en la metodología para la medición del consumo de alimentos en niños (as) preescolares que reciben los servicios de CEN-CINAI, 2016” y la “Propuesta de un manual operativo para la evaluación del estado nutricional con medidas antropométricas alternativas en niños y niñas en un programa de atención integral infantil nacional, 2015-2016”.
- Desarrollo de una Prueba Piloto en la Dirección Regional Huetar Norte, para valorar la aceptabilidad de la leche en polvo de cabra en el paquete (DAF), de alimentos distribuidos a familias con niños y niñas en desnutrición, 2016-2017.

Desafíos

- ✓ Posicionar en la población usuaria de los servicios de CEN CINAI el derecho a la alimentación y la importancia de consumir alimentos nutritivos balanceados y apropiados según edad, a fin de que se reconozcan los beneficios de comidas servidas y atención y protección infantil con relación a otros servicios.

- ✓ Promover que todo el personal profesional esté sensibilizado y capacitado para que reconozcan las necesidades de los clientes y beneficiarios.
- ✓ Promover la Estrategia en el componente de educación alimentario-nutricional para la promoción de la salud y la prevención de la malnutrición y enfermedades no transmisibles”.
- ✓ Dirección Nacional de CEN-CINAI 2016-2021, como una herramienta para prevenir y combatir la malnutrición de los niños y niñas en Programas e instituciones afines.

Huertas pedagógicas

Situación actual

En la actualidad, se ha reconocido la importancia de reducir el hambre y la malnutrición a través del fortalecimiento de la agricultura familiar, el desarrollo rural y la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Dentro de ello, los programas de alimentación preescolar y escolar juegan un papel muy importante, en el cumplimiento del derecho humano a la alimentación, la educación alimentaria y nutricional, así como la prevención de la malnutrición.

Es por esto que, a través de compromisos internacionales y nacionales, como la Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre al 2025, el Plan Nacional de Desarrollo Alberto Cañas

Escalante 2015-2018, el Política Nacional de Salud Juan Guillermo Ortiz Guier, entre otros; se ha plasmado la necesidad de reforzar estrategias que favorezcan la Educación Alimentaria y Nutricional de la población más vulnerable.

Como parte de estas estrategias, la implementación de huertas pedagógicas en los establecimientos CEN CINAI de todo el país, se ha visto como un espacio de enseñanza-aprendizaje, más allá que solo una forma de producción de alimentos, incorporando la participación de múltiples actores e instituciones y especialmente, aprovechando la experiencia educativa a fin de transferirla a sus hogares.

Logros

- **Firma del convenio de cooperación:**

En el marco de la “Iniciativa de fortalecimiento de los programas de alimentación escolar en cooperación con el gobierno de la República Federativa de Brasil”, en el año 2016, se logra la firma del Convenio de Cooperación CC001-PNAE/CRC, entre las instituciones del Gobierno Costarricense y la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

En este convenio participan el Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Instituto Mixto de Ayuda Social, Consejo Nacional de

Producción, Instituto de Desarrollo Rural y la Dirección Nacional de CEN CINAI; con el objetivo de generar procesos de trabajo interinstitucional e intersectorial que contribuyan a la propuesta y fortalecimiento de políticas públicas de la alimentación y nutrición para niños y niñas en edad preescolar y escolar en Costa Rica, especialmente en aquellas zonas rurales con mayor índice de pobreza del país.

Este convenio tiene como objetivos específicos, los siguientes:

Apoyar la institucionalización de programas sostenibles de alimentación y nutrición de niños y niñas en edad preescolar y escolar en Costa Rica.

Promover procesos de educación alimentaria nutricional con miras a la elección de hábitos alimentarios sanos por parte de los niños y niñas en edad preescolar y escolar en Costa Rica.

Fomentar el suministro de alimentos sanos y nutricionalmente adecuados, provenientes de la agricultura familiar local, a los comedores estudiantiles y CEN-CINAI.

Contribuir a la disminución de la pobreza en el país, mediante la apertura de nuevos canales de comercialización para la agricultura familiar y la reactivación de economías locales.

Con base en lo anterior, la Dirección

Nacional de CEN CINAI, se compromete a desarrollar acciones para el fortalecimiento de la Seguridad Alimentaria Nutricional, por medio de la implementación de diversas estrategias; entre ellas, las huertas



como herramienta pedagógica en armonía con el ambiente. El pilotaje de este proyecto se desarrolla en 10 establecimientos CEN-CINAI de la Región Brunca, específicamente en los cantones de Coto Brus, Pérez Zeledón, Buenos Aires, Corredores y Osa.

- **Articulación y coordinación intersectorial e interinstitucional:**

En la Región Huetar Caribe se conformó un Comité Técnico intersectorial-interdisciplinario que permitió la articulación entre varias instituciones, para el fortalecimiento de los proyectos de huertas pedagógicas en los CEN-CINAI. En dicho comité, participan la Dirección Regional de CEN-CINAI, INDER, MAG, JABDEVA, Universidad EARTH e INA.

Entre los principales logros de estos equipos interinstitucionales, se encuentran:

- En la Región Huetar Caribe se recibió apoyo técnico y económico de parte del INDER para la implementación de 18 invernaderos, utilizados en la producción de alimentos frescos para el consumo en el establecimiento. Participan en la estrategia niños, niñas, y escolares atendidos por los CENCINAI sus padres, madres o encargados y el Comité de Nutrición y funcionarios de la institución. La incorporación de los niños y niñas de los CEN-CINAI a estas actividades, ha permitido el fortalecimiento y la transversalidad del tema en el currículo educativo de los establecimientos.



- El IMAS y líderes comunales promovieron la construcción de dos invernaderos en la Zona Norte, específicamente en los CEN Katira y CEN Rio Celeste. Con ellos, se pretende promover la agricultura familiar con la participación de adultos mayores de la comunidad.

- En la Dirección Regional Pacífico Central se articuló con el programa de Clubes 4-S, donde se adquirieron 20 invernaderos para la producción de alimentos frescos de consumo habitual en el establecimiento. En este proyecto se contó con la participación activa de los padres, madres y encargados de los niños y niñas que asisten al CEN-CINAI.

- **Implementación de proyectos productivos**

Al respecto, la Directora Nacional de CEN-CINAI emitió la directriz DT-UNAT-CEN-CINAI-161-2016, del 09 de mayo de 2016, dirigida a las Direcciones Regionales del país, a fin de que progresivamente, todos los establecimientos implementen huertas como herramientas pedagógicas en armonía con el ambiente; siendo estas, una actividad permanente con proyección a los hogares de los niños y niñas. El principal propósito de esta acción, es fortalecer la educación alimentaria nutricional, promover los estilos de vida y hábitos alimentarios saludables; así como contar con alimentos frescos, inocuos y orgánicos para el consumo de los niños y niñas en el establecimiento.

Actualmente, la Dirección Nacional de CEN-CINAI cuenta con alrededor de 274 establecimientos que trabajan con proyectos productivos como huertas pedagógicas.

- **Separación de residuos**

La Dirección Nacional con el fin de fortalecer el eje ecológico de la Guía de Educación Inicial y así contribuir al cumplimiento de la Ley #8839 sobre la Gestión Integral de Residuos, ha venido promoviendo y fortaleciendo en los niños y niñas y sus familias los hábitos de separación de desechos desde su fuente de generación.

Actualmente los CEN-CINAI producen diariamente entre 5 y 10 kilos de residuos biodegradables, por lo que se ha recomendado la utilización de los mismos para la elaboración de abono orgánico. El mismo, posteriormente se utilizará en la producción de alimentos que serán utilizados para el consumo y preparaciones incluidas en los menús de los niños y niñas. Estas integralidad de acciones, se traducen en el mejoramiento de sus hábitos, tanto alimentarios, como del cuidado del ambiente.

Para el año 2016, cerca de 191 establecimientos han implementado actividades de separación de residuos.

- **Otras actividades importantes que ha venido ejecutando la Dirección son:**

Elaboración de viveros de árboles frutales con el fin de aumentar la disponibilidad de frutas a nivel del

establecimiento y en los hogares de los niños y niñas.

Viveros de plantas ornamentales para elaborar, mantener y embellecer los jardines del establecimiento; de tal manera que las áreas interiores y exteriores ofrezcan a los clientes, beneficiarios y funcionarios, ambientes estéticos y saludables.

Desafíos

- ✓ Sostenibilidad en el tiempo, tanto del soporte que brinda la articulación interinstitucional-intersectorial, como de la sostenibilidad del recurso humano y financiero de cada una de las acciones emprendidas.

Atención preventiva en salud oral en CEN CINAI

Situación actual

En Costa Rica, la prevalencia de la caries dental ha sido documentada desde los años cincuenta mediante el índice CPO-D (Índice de piezas cariadas, perdidas, obturadas). El último estudio nacional (2006) realizado en escolares de 12 años de edad reportó un CPOD de 2.57, observándose un leve incremento con respecto al estudio de 1999 y un importante deterioro en la salud buco dental, al analizarse el CPOD por componentes, ya que, aumentó el porcentaje de piezas con caries activas, así como el número de dientes extraídos por causa de la

enfermedad y se observó una disminución en el número de obturaciones por diente³². La implementación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud EBAIS, ha logrado un incremento en cobertura de los servicios de salud, lográndose llegar a un mayor grupo de personas. Sin embargo, no refleja el tomar en cuenta los grupos de riesgo. Los preescolares, ingresan a la escuela con niveles altos de caries y un CEOD 3,32 (Índice de caries, extraídas y obturadas), lo que evidencia que se ha logrado una disminución en la incidencia de la enfermedad. Pero no la deseada. El dato de Preescolares con ceod de 3,32 se interpreta que cada preescolar en promedio tiene 3,32 piezas dentales con historia de caries dental.

El nivel central de la Dirección Nacional de CEN CINAI se modificó en el 2014 la *"Norma para la Atención preventiva en Salud Oral"* principalmente los parámetros de evaluación, el informe Datos Básicos del 2014 muestra cambios importantes en la población examinada, aproximadamente un 6,5% de los niños y niñas mostraron mejoría en la higiene oral entre la primera medición que se realiza en febrero y la segunda que se ejecuta en junio. Cabe mencionar que en ese año de dotó de cepilleras dentales, cepillos dentales para niños, pasta dental e hilo dental a todos los establecimientos así como material educativo escrito, dentoformas y espejos para facilitar la educación en salud oral a nivel de toda la comunidad de CEN/CINAI. Estas acciones, la capacitación a docentes más el

plan de seguimiento incluido en la Guía de Control de Placa Bacteriana, han permitido mejorar la salud oral de los niños.

Logros

- Realización de 67,421 controles (32,421 I semestre y 35,200 II semestre) para medir el porcentaje de placa bacteriana (responsable de la caries y la enfermedad periodontal). Lo anterior con la finalidad de reforzar el cepillado y la higiene oral.
- Cepillado de los dientes después de cada comida todos los días en los establecimientos CEN CINAI de 18, 000 niños.



- Provisión de cepilleras, hilo dental y 4 cepillos al año a cada niño (Cambio cada 3 meses).
- Implementación de las acciones preventivas de salud oral con diversos documentos educativos, normativos y de consulta como: Normas para la Atención Preventiva en Salud Oral en

³² Ulate J, Rodríguez A, Monge L, Méndez C. Tesis de Posgrado de Odontopediatría. Universidad de Costa Rica. Estudio epidemiológico de prevalencia de caries dental en niños y niñas escolares de 12 años de edad en Costa Rica, 2006. 2007.

un CEN-CINAI, la Guía de Cuidado en Salud Oral en un CEN-CINAI desde los 0 meses hasta los seis años, la Guía de Cuidado en Salud Oral en un CEN-CINAI desde los 6 años hasta los doce años, la Guía para el Manejo de Emergencias de Odontología en un CEN-CINAI, Manual de Educación en Salud Oral, entre otros; además, los pueden encontrar en la página www.cen-cinai.go.cr, en Proyectos Educativos, Salud Oral .

- Capacitación, de 85 docentes de todo el país, con apoyo del programa Sonrisas Brillantes Futuros Brillantes realizado en coordinación con la compañía Colgate de Costa Rica.
- Capacitación a 125 Madres Comunitarias como estrategia de participación en la Red de Cuido, por medio del I Taller de Salud Oral.
- Implementación del Programa Regalando Sonrisas en convenio con el Colegio de Cirujanos Dentista de Costa Rica., donde se inscriben odontólogos y atienden gratuitamente a los niños referidos de CEN/CINAI, para el 2016 se atendieron 894 niños en todo el país.
- Diseño de una obra de títeres “Un Buen Regalo” por el Colegio de Cirujanos Dentista de Costa Rica para promoción de la salud oral para niños. Este año nos donaron cuatro funciones que se realizaron en los establecimientos de La Cruz Guanacaste, Quebradilla Cartago, Ciudad Neilly y Quepos con una asistencia de 350 niños.

Desafíos

- ✓ Desarrollo de estrategias de promoción de la salud oral que estimulen estilos de vida saludables y disminuyan los factores de riesgo más importantes en la aparición de la caries y la enfermedad de la encía, donde se involucre a los padres de familia y usuarios sobre la importancia del control de la placa bacteriana para mantener una boca sana.

Promoción de Igualdad de Género y Diversidad Sexual

Situación actual

De acuerdo con el Plan de Acción de la Política Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género (PIEG) se establecen acciones institucionales de coordinación entre INAMU como la Dirección Nacional de CEN-CINAI. Desde el año 2009 entre ambas instituciones se articula una alianza para impulsar las acciones contenidas en el mismo.

La Dirección Nacional de CEN-CINAI incorpora acciones vinculadas con dos de los objetivos señalados en el PIEG, Objetivo 1. “Cuido como responsabilidad social” y el Objetivo 3. “Educación y salud de calidad a favor de la igualdad”.

En el tema de diversidad sexual y de acuerdo con lo estipulado en el Decreto Ejecutivo 38999-MP-RE-JP-SP-H-MAG-MEIC-MINAE-MOPT-MEP-S-MTSS-CMIDEPLAN-MICITT-MIVAH-MC-T-MDHIS-MCM-MIDEPOR del año 2015, la Dirección Nacional CEN CINAI, propuso e implemento acciones integradas

de las temáticas “género y diversidad sexual”. Las mismas han sido articuladas y integradas en los ejes transversales del modelo de educación inicial y apoyo educativo al escolar institucional tales como: ser concebido como sujetos y no como objetos, aprender a cuidar de su salud y el valor de la solidaridad, el respeto a la diversidad étnica, género, cultura y social, a la igualdad de oportunidades, a recibir un trato sin violencia, a recrear valores de paz y tener acceso al conocimiento.

Logros

- Fortalecimiento y continuidad de la alianza interinstitucional con INAMU con equipos conformados desde el nivel nacional y el nivel regional.
- Definición y sistematización de buenas prácticas regionales para la promoción de la igualdad de género y corresponsabilidad social en el cuido, que identifica las experiencias exitosas y fortalece el trabajo, identificando indicadores visibles básicos mediante los cuales rendir cuentas de las acciones.
- Participación en el segundo II Encuentro metodológico género sensible para trabajar sexualidad con niñas y niños en el que participaron los equipos asesores regionales, en el que además de capacitar se dieron ideas y material bibliográfico apropiados para la reproducción incentivando la creatividad de los equipos.

- Participación en el II Taller de Diversidad Sexual a los Equipos Asesores Regionales cuyo objetivo fue compartir experiencias, metodologías y reflexiones en torno al abordaje de temas de sexualidad con niños y niñas menores de 6 años.
- Desarrollo de talleres de capacitación a nivel local con equipos asesores, dirigidos a profesionales en temática de enfoque de género, currículo oculto y corresponsabilidad en el cuido.
- Elaboración de materiales con enfoque de género, talleres con las con familias en población extramuros, transversalización del tema de género en el planeamiento, discriminación sexual e identidad de género.
- Elaboración del Plan Institucional en el tema de igualdad de género y diversidad sexual de la Dirección Nacional de CEN CINAI, contando con el apoyo del INAMU en algunos de sus componentes. El mismo incluye divulgación del Decreto, sensibilización, capacitación, entre otros.

Desafíos

- ✓ Capacitación y sensibilización al Equipo Asesor Regional para que cuente con las herramientas de reproducción en el tema al personal, atender situaciones que se presenten en los establecimientos.

- ✓ Apoyo de las jefaturas para que funcionen como mediadores y apoyen al personal en la atención de situaciones relacionadas a la temática.
- ✓ Realización de evaluaciones cuyos resultados muestren frutos positivos de la alianza institucional realizada con el INAMU.

A continuación se presentan los cuadros de producción técnica y de gestión institucional.

Cuadro 23
Principales actividades técnicas desarrolladas, Dirección de CEN-CINAI, 2016.

Actividad	Tipo	Número
	TOTAL	1.182
Asistencia técnica	Grupos familiares extramuros	12.468
	Grupos familiares intramuros	6.448
	Comités de CEN-CINAI	1.182
	Funcionarios	83
	Programas afines externos	4
Elaboración de manuales y guías	Comités de CEN-CINAI	3
	Institucionales	9
	Grupos familiares	2
	Otras instituciones	3
Proyectos comunales y pedagógicos	Huertas	274
	Separación de residuos	191
	Áreas de lactancia	117

Fuente: Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2016

Cuadro 24
Actividades gerenciales y administrativas, Dirección de CEN-CINAI.

Actividad	Tipo	Número
Comités de CEN-CINAI	Certificaciones de personería jurídica según Ley 8809	1.182
	Conformación de nuevos comités	591
	Solicitudes de cédula jurídica de primera vez	591
	Capacitación	27
Infraestructura	Obras construidas nuevas	5
	Reparaciones mayores	6
	Reparaciones menores	1
	TOTAL	12
Vehículos	Adquisición de nuevas unidades	20
	TOTAL	20
Materiales, mobiliario y equipo para establecimientos de CEN-CINAI	Mobiliario	500
	Equipo antropométrico	236
	Equipo mayor de cocina	372
	Equipo menor de cocina	390
	TOTAL	1.498
Atención al cliente externo	Denuncias o quejas atendidas y gestionadas	33
	Expedientes trasladados	23
	TOTAL	56
Gestión Jurídica	Recursos de amparo	4
	Recursos de apelación, nulidad, suspensión	34
	Contenciosos	3
	Denuncias Administrativas	1
	Reclamos administrativos	9
	TOTAL	51

Actividad	Tipo	Número
Reclutamiento y Selección de Personal	Resolución de Nóminas de la DGSC	20
	Resolución de Nóminas por Artículo 15	65
	Evaluación de Período de prueba	50
	Pedimentos de Personal	82
	Informes Técnicos de justificación de puestos "congelados".	4
	TOTAL	221
Análisis y Clasificación de Puestos	Dictamen de Factibilidad	6
	Reasignaciones	14
	Recalificaciones	1
	Estudio para modificar especialidad	1
	Estudio para crear puesto excluido	2
	TOTAL	24

Fuente: Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2016

Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)

Situación actual

El 25 de abril del 2014, se publica en la Gaceta la Ley 9234 "Ley Reguladora de Investigación Biomédica", que crea el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) como un órgano independiente, multidisciplinario, de carácter ético, técnico y científico, adscrito al Ministerio de Salud con un grado de desconcentración máxima y con personalidad jurídica instrumental. El 17 de julio de 2015 mediante decreto ejecutivo N° 39061-S, se publicó el Reglamento de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica. De esta forma el país dispone de los instrumentos legales para regular la investigación biomédica. El 4 de marzo de 2016 el reglamento fue reformado mediante decreto ejecutivo N° 39533-S.

Actualmente el CONIS funciona con fondos provistos por el Ministerio de Salud según se establece en el transitorio II de la Ley 9234.

Logros

- Se cuenta con la Regulación de la Investigación Biomédica con Células Madre en Costa Ricas y la Regulación de los Dispositivos Médicos para uso en Investigaciones Biomédicas, específicamente en etapa pre-mercado.
- Se autorizó la primera unidad de investigación en el Hospital San Juan de Dios.
- Se conformó el Sistema Nacional de

Información de ciencias y Tecnología en Salud.

- Actualmente, cuenta con 44 registros de Investigaciones Biomédicas, 724 acreditaciones de investigadores y 6 acreditaciones de comités éticos científicos. Los comités ético científicos acreditados son: UCIMED, Hospital Nacional de Niños, CENDEISSS (Caja Costarricense de Seguro Social), Hospital Blanco Cervantes, Hospital San Juan de Dios e Instituto Costarricense de Investigación Científica (ICIC).
- 5 acreditaciones de Organizaciones de Administración e Investigación por Contrato.
- 17 Aprobaciones de cursos de Buenas Prácticas Clínicas.
- 193 Personas capacitadas en Investigación Biomédica.
- 9 Guías e Instrumentos para investigaciones Biomédicas.
- 1 Consulta Pública de Reglamento sobre Investigación con Células Madre.

Desafíos

- ✓ Revisión y propuesta de una reforma al Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, por parte del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS), con el fin de ajustarla a las necesidades del país.

- ✓ Aprobación y oficialización de la estructura administrativa del CONIS por MIDEPLAN.
- ✓ Elaboración e implementación del decreto ejecutivo sobre las tarifas de los servicios que brinda el CONIS.
- ✓ Dotación de recursos materiales e infraestructura a la Secretaría Técnica Ejecutiva (SeTE) para su correcto funcionamiento.
- ✓ Posicionamiento del CONIS como ente rector en el área de regulación de investigación biomédica en Costa Rica.
- ✓ Regulación de la investigación biomédica con células madre en Costa Rica.
- ✓ Implementación del sistema de información del CONIS, con el fin de cumplir con lo dispuesto en el artículo N° 43 de la Ley y artículo 6 inciso 1 de su reglamento.
- ✓ Regulación de los dispositivos médicos para uso en investigaciones biomédicas, específicamente en etapa de pre-mercado.

INSTITUTO DE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA (IAFA)

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (drogas)

Situación actual

La IV Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, realizada en el 2015, muestra de forma general una disminución en los niveles de prevalencia de las sustancias lícitas (alcohol y tabaco) más consumidas en el país, no obstante niveles relativamente constantes de consumo en sustancias ilícitas como la marihuana, la cocaína o el crack.

En comparación con los datos del 2012, el alcohol disminuyó en cuatro puntos porcentuales (53,7% en 2012 a 49,7% en 2015) entre los jóvenes que refirieron haber consumido la sustancias alguna vez en la vida, en tanto que para los que tenían un consumo reciente (último año) se redujo en dos por ciento (36,5% en 2012 a 34,4% en 2015). Finalmente, para el consumo activo (último mes), la reducción se presentó en menos de un uno por ciento (20,2% en 2012 a 19,5% en 2015).

El tabaco es la sustancia que más disminución presentó. El porcentaje de aquellos que consumieron alguna vez en la vida se redujo en ocho puntos (23,1% en 2012 a 15,2% en 2015), en tanto que la prevalencia en los que consumieron durante el último año se redujo en casi cinco puntos (10,3% en 2012 a 5,9% en 2015). Finalmente, el porcentaje de

jóvenes con consumo activo disminuyó en aproximadamente cuatro por ciento (6,0% en 2012 a 2,4% en 2015).

Relacionado con lo anterior, la marihuana se presenta como la sustancia ilícita que desplazó al tabaco en importancia de consumo entre la población de educación secundaria. Sin embargo, esto no hace referencia a un aumento significativo en los niveles de prevalencia de esta sustancia (a pensar de la existencia de un mayor porcentaje de consumidores en relación al 2012).

Las edades de inicio en el consumo de las sustancias citadas muestran una tendencia estable en tabaco y marihuana (13,3 años tanto en la ronda del 2012 como la del 2015 en tabaco y; 14,3 años en el 2012 ante 14,2 años durante el 2015 en marihuana). En tanto que, la edad media de inicio en el consumo de alcohol muestra un leve aumento en el transcurso de 3 años (13,3 años en 2012 a 13,6 años en 2015), indicador de una postergación en el consumo de esta sustancia lícita por parte de los estudiantes de secundaria.

Logros

- La evaluación realizada en el año 2016 al programa de intervención universal del IAFA: “Aprendo a Valerme por Mi Mismo (AVPMM)”, el cual se imparte en I y II ciclo de educación general básica, dio como resultado un posicionamiento positivo del mismo entre los estudiantes que participaron y de los docentes que lo impartieron.

- En el caso de los estudiantes, se observó un mejoramiento de las habilidades para la vida, un conocimiento mayor de los efectos de las sustancias psicoactivas, así como de los riesgos del consumo a edades tempranas. De manera general, 8 de cada 10 estudiantes calificaron al programa como bueno.
- En el caso de los Agentes Multiplicadores (AMES-docentes), 9 de cada 10, confirmaron el logro de los objetivos y la metodología de la intervención.

Desafíos

- ✓ Promoción de la articulación entre el sistema educativo y los programas como “Aprendo a Valerme por mí Mismo”, DARE del Ministerio de Seguridad, así como entre otros impulsados por la industria de bebidas alcohólicas.
- ✓ Fortalecer el control del narcomenudeo de sustancias psicoactivas, principalmente en los centros educativos y comunidades en riesgo social.
- ✓ Aumento de la oferta de servicios de prevención de sustancias psicoactivas en las personas menores de edad con énfasis en la población que se encuentra fuera del sistema educativo.
- ✓ Fortalecimiento de la participación del grupo familiar en los programas de promoción de estilos de vida

saludables y en la prevención del consumo de drogas.

Tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas (drogas)

Situación actual

En materia de tratamiento el IAFA ha posibilitado la atención de la población masculina y femenina, adulta y menor de edad, con trastornos por consumo de sustancia psicoactivas, bajo la modalidad ambulatoria y residencial y una cantidad importante de personas que no tenían acceso a los servicios del IAFA lo tienen ahora, recibiendo atención por primera vez.

Durante el 2016, el IAFA atendió a 23.358 personas de las cuales son de primera vez en la vida un total de 9.668 pacientes, es decir, un 41,3% del total personas atendidas.

En los servicios del IAFA localizados en Cartago, Alajuela, Puntarenas, Guanacaste y Limón, las consultas por primera vez en la vida representan el 58.2%, lo cual comprueba el aumento de la cobertura de atención.

Logros

- En el año 2016 se alcanzó un 88% de la meta del PND planteada para el período 2015-2018, que constituía en aumentar en un 10%, la cobertura de las personas que buscan tratamiento por sustancias psicoactivas.
- Durante el 2016, se atendieron un total de 168 adolescentes (112 hombres y 56 mujeres). en el programa residencial de

los menores de edad que ingresaron al, que cuenta con 24 camas. De ellos, el 56,6%, 81 menores (50 hombres y 31 mujeres) cumplieron con el tratamiento estipulado.

- Implementación del convenio de cooperación entre el IAFA y la CCSS establecido en el año 2015, para fortalecer los servicios de tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Desafíos

- ✓ Mejora en el acceso a los servicios de atención a nivel nacional, así como, la prestación actual de los mismos.
- ✓ Desarrollo de programas residenciales para tratamiento de adicciones en las distintas regiones del país.
- ✓ Articular acciones con los Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental (EISAM), establecidos por la CCSS para la atención de las personas aseguradas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)

Situación del tema

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), es responsable de la vigilancia epidemiológica basada en el laboratorio, la puesta en práctica

de programas de evaluación externa para mejorar el desempeño de las redes de laboratorios, la generación de conocimiento producto de la investigación y la ejecución de actividades de enseñanza derivadas de su quehacer.

Durante el año 2016, el INCIENSA se enfrentó a la necesidad de una respuesta efectiva ante el ingreso del virus zika al país. Esto ameritó la incorporación de técnicas moleculares para el diagnóstico de este agente y su discriminación respecto a otros arbovirus. De igual manera, se actualizaron e incorporaron cambios en las técnicas diagnósticas y las estrategias de vigilancia de eventos tales como el dengue, la lepra, la rickettsiosis, la erlichiosis y la leptospirosis. En el caso específico de la leishmaniosis, se carece de información suficiente sobre las especies circulantes, información básica para caracterizar el evento en el país, lo que motivó la implementación del diagnóstico molecular y el cultivo del agente.

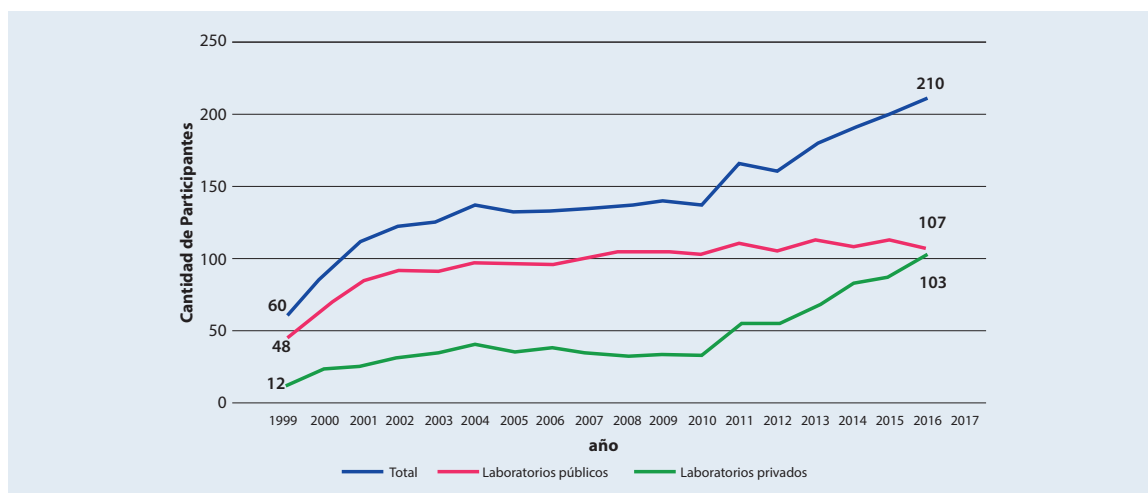
El INCIENSA cuenta con el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC), el cual tiene como objetivo principal contribuir a lograr la

paridad de resultados de química clínica entre los laboratorios clínicos del país, en pruebas que son de gran importancia para la salud pública. Durante el año 2016, se contó con la participación de 210 laboratorios clínicos: 107 del sector público y 103 del sector privado.

La inocuidad de los alimentos se considera una prioridad de salud pública, como consecuencia del aumento de la población, la producción masiva de alimentos, la globalización y la expansión del comercio internacional de alimentos frescos y elaborados. Por esta razón, esta área de trabajo se debe abordar con el enfoque “De la finca a la mesa”, para asegurarle a la población costarricense el suministro de alimentos inocuos, a lo largo de la cadena alimentaria.

Durante el 2016 un equipo de investigadores del INCIENSA concentró sus esfuerzos en el estudio de los determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles. Los determinantes del consumo de sal por parte de la población, el patrón de dieta entre las personas diabéticas y los factores que determinan el ejercicio físico entre los adolescentes, figuran entre los temas de investigación.

Gráfico 7
Cantidad de Laboratorios Clínicos participantes en el PEEDQC, INCIENSA.
Años 1999-2016



Fuente: Base de datos PEEDQC, 2016.

La relevancia que tienen las enfermedades crónicas, tales como la diabetes y las hiperlipidemias, para la salud pública del país y la importancia de garantizar el adecuado diagnóstico de laboratorio para su detección y control, llevaron al INCIENSA a establecer el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC), ya que promueve el mejoramiento continuo de la calidad en las determinaciones de colesterol total, triglicéridos, HDL-colesterol, glucosa, nitrógeno ureico y creatinina, en la red de laboratorios clínicos del país.

Debido a que las instalaciones del INCIENSA fueron construidas en 1977, sus instalaciones se han ido adecuando hacia la creación de laboratorios de salud pública en apoyo al Ministerio de Salud. Por ello, ha sido esencial contar con infraestructura y equipo necesario para atender el insuficiente servicio de vigilancia y monitoreo de la inocuidad

microbiológica de los alimentos para el consumo humano y de verificación del cumplimiento de la normativa, en apoyo a la función rectora del Ministerio de Salud y con ello garantizar la salud de la población.

Logros

- **Preparación y respuesta del laboratorio ante nuevos eventos epidemiológicos y emergencias sanitarias**

Por medio de la colaboración de la OPS/OMS y el Centers for Disease Control (CDC), como principal entidad colaboradora, el Centro Nacional de Referencia de Virología (CNRV) implementó dos técnicas moleculares nuevas para enfrentar la llegada del virus Zika al país. De este modo, en el 2016, el CNRV logró diversificar la vigilancia epidemiológica de las

arbovirosis, con técnicas consensuadas para toda la Región Latinoamericana.

Durante el 2016, el CNRV reportó 4.672 muestras analizadas por PCR de Zika y 1.592 muestras por PCRTrioplex, para un total conjunto de positividad del 28,6%; es decir, 1.790 muestras positivas que permitieron identificar la introducción del virus Zika en el país a inicio de año, además de vigilar el comportamiento del virus, para detectar la introducción en nuevas áreas. De este modo, se determinó la circulación autóctona del virus en al menos 54 distritos del país.

- **Incorporación de metodologías de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.**

El Centro Nacional de Referencia en Parasitología del Inciensa, estandarizó e implementó procedimientos para la toma de muestras, técnicas de diagnóstico molecular de género y especie en casos de leishmaniosis; métodos para el cultivo del parásito. Además, estableció una red diagnóstica en el ámbito nacional, fundamentalmente con los laboratorios clínicos de la CCSS. En total se recibieron 71 muestras de lesiones cutáneas de las áreas endémicas de los cuales, el 68% resultó positivo por leishmaniosis.

Desde finales de 2015, el Centro Nacional de Referencia de Bacteriología (CNRB) puso a disposición de los servicios de salud del país el ELISA-

IgM para la leptospirosis, que permite realizar un diagnóstico más oportuno de esta patología. Además, a partir de enero 2016, el CNRB cuenta con pruebas moleculares (PCR en tiempo real), que permite establecer el diagnóstico en la fase aguda de la enfermedad.

Con la implementación de estas metodologías, principalmente el ELISA-IgM, se logró mejorar la sensibilidad del diagnóstico de la leptospirosis, lográndose diagnosticar 250 casos de esta enfermedad en el 2016, en comparación con los 174 casos del 2015.

Por otra parte, en noviembre de 2016, se logró obtener una beca del CDC, para que una profesional del CNRB realizara una pasantía, en las técnicas moleculares para realizar el diagnóstico de las infecciones por *Ehrlichia* y *Rickettsia*. Además, dicha Institución donó los insumos básicos para iniciar la estandarización de estas metodologías en el INCIENSA y se crearon los mecanismos que facilitarán la referencia de muestras al CDC, a fin de complementar los análisis realizados en país.

- **Mejora de la infraestructura de los laboratorios del INCIENSA**

Se inicia la construcción del Laboratorio de Inocuidad Microbiológica y Bacteriología Especializada en Alimentos para implementar

diagnósticos novedosos tales como bacterias anaerobias, *C. difficile*, virus, parásitos, e implementación de técnicas moleculares de punta que apoyen la investigación de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y que permiten la trazabilidad de agentes infecciosos en alimentos de consumo nacional y exportación. Su relevancia radica en hacer cumplir la resolución N° 243-2009 Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 67.04.50:08 Alimentos. Criterios Microbiológicos para la Inocuidad de Alimentos y del decreto N° 35960-S-MAG-MEIC- COMEX, “Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos, así como apoyar a los exportadores en el cumplimiento de la inocuidad microbiológica de los alimentos de exportación (sandía, piña, culantro, raíces y tubérculos) para cumplir con la normativa internacional (tratados de libre comercio).

Además se logró implementar un laboratorio para el análisis y la medición del contenido de los productos y emisiones que genera el tabaco de consumo humano en atención a la Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud (Ley No. 9028).

Se readecuó el espacio físico para determinar la cantidad de gluten de acuerdo con las cantidades establecidas por unidad de medida (Ley No. 8975) y

el etiquetado nutricional de alimentos.

Además, se adecuaron los espacios para brindar un servicio con calidad y conforme con las normas de bioseguridad y salud ocupacional, de lavado y esterilizado, y la preparación de medios de cultivo.

- **Inocuidad de los alimentos.**

La institución puso en marcha un laboratorio para la verificación del contenido de los componentes del etiquetado nutricional. Además, instaló un laboratorio para la determinación de gluten, con el fin de verificar su ausencia en aquellos alimentos que así lo indican.

Durante el 2016, se realizaron 2.199 análisis microbiológicos de alimentos, cifra que incluye los análisis correspondientes a los muestreos planificados por la Dirección de Regulación del Ministerio de Salud, así como los análisis de los productos importados asociados a denuncias.

Se realizó la verificación de la normativa según el Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 67.04.50:08 Alimentos, en productos tales como: frutas y hortalizas procesadas y congeladas; frutas y hortalizas frescas; productos cárnicos diferentes al pollo; productos cárnicos cocidos y curados (embutidos) y carnes congeladas.

- **Investigación para la toma de decisiones en salud pública**

Un gran esfuerzo se dedicó a la determinación y análisis del contenido de sodio en los alimentos más consumidos por la población y como fruto de ello se pactaron y continuarán estableciendo acuerdos con la industria alimentaria para la disminución progresiva de la sal en los alimentos.

Dado el éxito de esta labor, el equipo investigador del INCIENSA dedicado al tema de la sal/sodio, coordina actualmente, en varios países de América Latina, la realización de investigaciones en este tema y también el diseño de estrategias para la disminución del consumo de sal.

- Ampliación de la red de evaluación externa de la calidad de las determinaciones de química clínica.

Durante el 2016, se aumentó a 210, la cantidad de laboratorios inscritos voluntariamente; alcanzándose una participación superior al 90% para cada una de las incógnitas analizadas. Además se obtuvo un 59% de desempeño satisfactorio y aceptable, 25% aceptables y únicamente un 15% inaceptables.

- Proceso de acreditación Norma INTE-ISO / IEC 17025 “Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración”.

En agosto del 2016, el Equipo Evaluador designado por el Ente Costarricense de Acreditación (ECA) evaluó el 100 % de las cláusulas de la norma INTE-ISO/IEC 17025:2005, en cuatro ensayos de laboratorio de tres Centros Nacionales de Referencia, que incluyó la testificación de los mismos.

El cuadro siguiente muestra el alcance solicitado de la acreditación:

Cuadro 25
Resultado del Proceso de Acreditación de Centros Nacionales de Referencia, INCIENSA,
Costa Rica, 2016.

Área	Artículo, materiales, productos a ensayar, muestreo	Nombre del ensayo específico o propiedades medidas	Especificación referencia al método y técnica usada	Ámbito de Trabajo		
Microbiología	Grupo de alimentos de carnes y aves de corral (no sazonadas)	Detección de Salmonella por método PCR BAX Q7 System	Detección de Salmonella por método PCR BAX Q7 System	[0,1-1,1] UFC/unidad analítica	CNR Inocuidad Microbiológica de Alimentos	Isis Dittel Dittel
Microbiología	Suero y plasma	Determinación de Elisa Lisado de Chagas (anticuerpo IgG)	Determinación de anticuerpo IgG anti Trypanosoma cruzi por el método de ELISA Lisado Chagatest Wiener	No aplica Presencia o ausencia de anticuerpos	CNR Parasitología	Erick Campos Fuentes
Microbiología	Suero y plasma	Determinación de Elisa Recombinante de Chagas (anticuerpo IgG)	Determinación de anticuerpo IgG anti Trypanosoma cruzi por el método de ELISA Recombinante Chagatest Wiener v3.0.	No aplica Presencia o ausencia de anticuerpos	CNR Parasitología	Erick Campos Fuentes
Química	Maíz y Maní	Determinación de aflatoxinas totales en alimentos	Determinación de aflatoxinas totales en alimentos. Método AOAC 991.31	(1,52 -52,8 µg/kg)	CNR Bromatología	Luis Ángel Sánchez Chinchilla

Fuente: INCIENSA, Costa Rica, 2016.

La evaluación realizada arrojó varios aspectos destacables del INCIENSA, a saber:

- a. El personal del INCIENSA demuestra un compromiso con la implementación del sistema de gestión de calidad a todo nivel dentro de la organización, lo cual se evidencia en la transparencia y motivación con la que afrontaron su evaluación inicial. Cabe hacer mención especial del involucramiento de la Alta Dirección, representada en la Directora General, quien demuestra un completo dominio y seguimiento de las actividades de gestión y técnicas de la institución.
- b. Los analistas testificados en todos los CNRs demuestran seguridad y destreza sobresaliente en la aplicación los métodos de ensayo.
- c. INCIENSA dispone de un sistema digitalizado de control de documentación que permite acceso

rápido y preciso de la información requerida, además que el personal lo maneja con conocimiento y destreza.

- d. Los informes sobre las actividades de retroalimentación de clientes, generados por la Contraloría de Servicio, son muy extensos y completos, demostrándose el interés de la institución en mejorar el servicio al cliente.

Desafíos

- ✓ Sostenibilidad financiera y dotación de recurso humano para sostener y ampliar los servicios brindados por la institución.
- ✓ Ampliar la cobertura del diagnóstico molecular de la leishmaniosis, en aquellos casos con alta sospecha clínica y con un resultado de frotis negativo.
- ✓ Actualizar e implementar el protocolo de vigilancia de la leptospirosis, en conjunto con la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.
- ✓ Iniciar la vigilancia basada en el laboratorio de las infecciones por *Erlichia* y *Rickettsia*.
- ✓ Incorporar el análisis de hemoglobina glicosilada en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño

(PEEDQC), por ser una de las pruebas de mayor impacto en el seguimiento de la Diabetes mellitus en el país.

- ✓ Fortalecimiento de un sistema integrado de normas ISO y sostenibilidad financiera del mismo para los mantener los equipos, con controles metrológicos correctivos y preventivos necesarios y sustitución de equipos y la compra de insumos de laboratorio.

SECRETARÍA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (SEPAN)

Alimentación y Nutrición

Situación actual

La Política Nacional de Salud “Juan Guillermo Ortiz Guier” en el área de intervención de “Rectoría de la Salud” estableció la Política 3 “Fortalecimiento de la rectoría en alimentación y nutrición”, con la estrategia 3.1 Reactivación y consolidación de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN)

Esta Secretaría tiene como responsabilidades coordinar intersectorialmente el tema de alimentación y nutrición, sin embargo, estuvo inactiva durante varios años y cuyas funciones son fundamentales para articular y potenciar el quehacer de las instituciones involucradas en el tema.

Durante los días 29, 30 de noviembre y 1 de diciembre del 2016 se celebró en nuestro país la Tercera Reunión de la Red Internacional de

Autoridades en Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN).

Logros

- Traslado de tres profesionales y nombramiento de forma interina de la Dirección Técnica.
- Actualización del Marco Estratégico de la SEPAN, en forma participativa con diversas instancias y ajustado a necesidades país
- Reactivación de las actividades intersectoriales en Inocuidad de Alimentos. Se traslada el tema del Sistema Nacional de Inocuidad de los Alimentos del Ministerio de Economía Industria y Comercio a la SEPAN.
- Reactivación de la Comisión Interinstitucional de Inocuidad de Alimentos.
- Conformación de la Red Nacional de INFOSAN y designación de enlaces de las siguientes instituciones: MAG con Servicio Nacional Salud Animal (SENASA) y Servicio Fitosanitario del Estado (SEFITO), Ministerio de Economía y Comercio, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Inciensa, Ministerio de Salud (Direcciones de Vigilancia de la Salud, Ambiente Humano y la SEPAN).
- Revisión de propuesta y preparación de texto sustitutivo del Proyecto de Ley, expediente 20.076 Ley Marco de Derecho Humano a la Alimentación y

Seguridad Alimentaria y Nutricional, en el cual se establece el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Desafíos

- ✓ Conformación del equipo de trabajo según la estructura funcional y organizacional de la SEPAN.
- ✓ Reactivar los mecanismos de coordinación intersectorial de la SEPAN.
- ✓ Fortalecimiento de la rectoría en alimentación y nutrición a lo interno del Ministerio de Salud.
- ✓ Desarrollo de plan de trabajo interinstitucional en el tema inocuidad de los alimentos que conduzca al fortalecimiento del Sistema Nacional de Inocuidad de los Alimentos.
- ✓ Posicionamiento del texto sustitutivo del Proyecto de Ley, expediente 20.076, presentado por el Ministerio de Salud a la Asamblea Legislativa e promover su aprobación.

Red mundial de autoridades en materia de inocuidad de alimentos (INFOSAN)

Situación actual

INFOSAN es una red mundial de autoridades en materia de inocuidad de alimentos, gestionada conjuntamente con la FAO y la OMS que ayuda a los países miembros, a dotarse de la capacidad necesaria para prevenir, detectar y gestionar los riesgos

de origen alimentario. Los miembros de esta Red generalmente son funcionarios de los Ministerios de Salud y de Agricultura y Ganadería (MAG).

Los países designan oficialmente un punto de contacto INFOSAN emergencia y otro llamado Centro de Enlace INFOSAN.

Esta Red reúne anualmente a sus puntos emergencia y enlace para discutir y aprobar temas de trabajo que serán implementados posteriormente en sus países. Del 29 de noviembre al 1 de diciembre 2016, se realizó en Costa Rica la 3 Reunión de INFOSAN; con el visto bueno del Ministro de Salud y el apoyo de la OMS. Los países participantes en la Reunión fueron Canadá, Estados Unidos de Norte América, México, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Ecuador, Chile, Argentina, Cuba, República Dominicana, Paraguay, Uruguay, Bahamas, Barbados, Brasil y Costa Rica participaron en esta reunión.

Se discutieron temas como el problema que enfrentan los países como es el riesgo de enfermar y morir por enfermedades que se transmiten por alimentos contaminados y que se ha incrementado en los últimos años debido a la creciente globalización de los intercambios comerciales de productos alimentarios en el mundo y por la venta de alimentos en condiciones no adecuadas. También se conversó sobre el intercambio de experiencias y soluciones destinadas a proteger la salud de los consumidores. Además, se dio seguimiento a los avances y limitaciones presentadas a las actividades

propuestas durante el 2016. Asistieron a la reunión 81 funcionarios públicos y de organizaciones relacionadas con inocuidad de alimentos de América Latina. De Costa Rica asistieron 35 funcionarios públicos y privados.

Logros

- La conformación de un grupo nacional para vigilar la inocuidad de los alimentos y la realización de la 3 Reunión de INFOSAN que es una Red Mundial de Autoridades en materia de Inocuidad de Alimentos, gestionada conjuntamente con la FAO y la OMS que ayuda a los países a dotarse de la capacidad necesaria para prevenir, detectar y gestionar los riesgos de origen alimentario.
- La realización de esta reunión promovió la organización del país con todas las organizaciones que son responsables de la inocuidad de alimentos desde la finca a la mesa. Se conformó la Red de INFOSAN nacional.

Desafíos

- ✓ Fortalecer la función del estado en el tema de inspección, regulación, vigilancia y control de alimentos, esto con el propósito de disminuir la incidencia y moralidad por alimentos contaminados.
- ✓ Conformar un grupo interinstitucional de Vigilancia Integrada de Alimentos.

CAPITULO VI

Inversión en Salud

El objetivo primordial de este capítulo es presentar los montos presupuestados y ejecutados en los diferentes organismos presupuestarios del Ministerio de Salud y las Instituciones relacionadas directamente con el Sector Salud, Nutrición y Deporte.

INVERSIÓN MINISTERIO DE SALUD

A continuación se presenta en primera instancia, la información de los Organismos Presupuestarios asociados al Ministerio de Salud:

- Presupuesto Gobierno Central (GOBIERNO).
- Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS).
- Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS).
- Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).
- Fideicomiso 872 MS – CTAMS – BNCR (FIDEICOMISO).
- Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE).

Posteriormente se brindará la inversión en salud realizada por las instituciones que conforman el Sector Salud, Nutrición y Deporte, según se describe en el Artículo 15 del Decreto N°38536-MP-PLAN, publicado en La Gaceta 159, del 20 agosto del 2014:

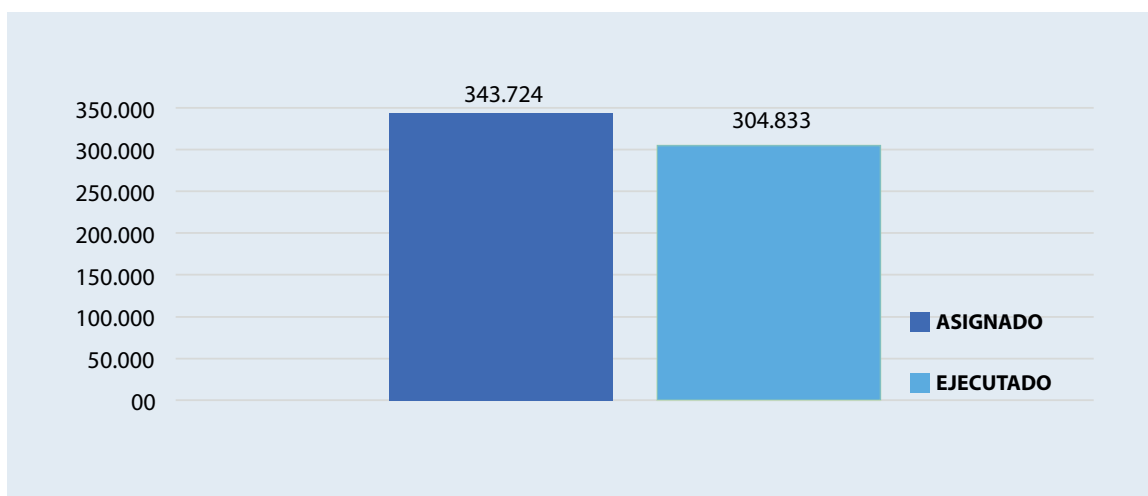
- Ministerio de Salud (MS)
- Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)
- Instituto Nacional de Seguros (INS)
- Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)
- Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (DNCENCINAI)
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE)

Para lograr el objetivo, primero se determinó el presupuesto del Ministerio de Salud, el cual se encuentra constituido por el presupuesto del organismo GOBIERNO, sustentado en la Ley N°9341, Ley de Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República para el Ejercicio Económico 2016, mientras que los otros organismos presupuestarios recibieron su presupuesto producto de servicios

que brindan y transferencias amparadas a las distintas leyes que los sustentan, éstos presupuestos fueron debidamente aprobados por la Contraloría General de la República.

En el gráfico 1, se presenta el presupuesto asignado y el ejecutado por el Ministerio de Salud.

Gráfico 1
Presupuesto asignado y ejecutado en millones de colones,
Ministerio de Salud, 2016



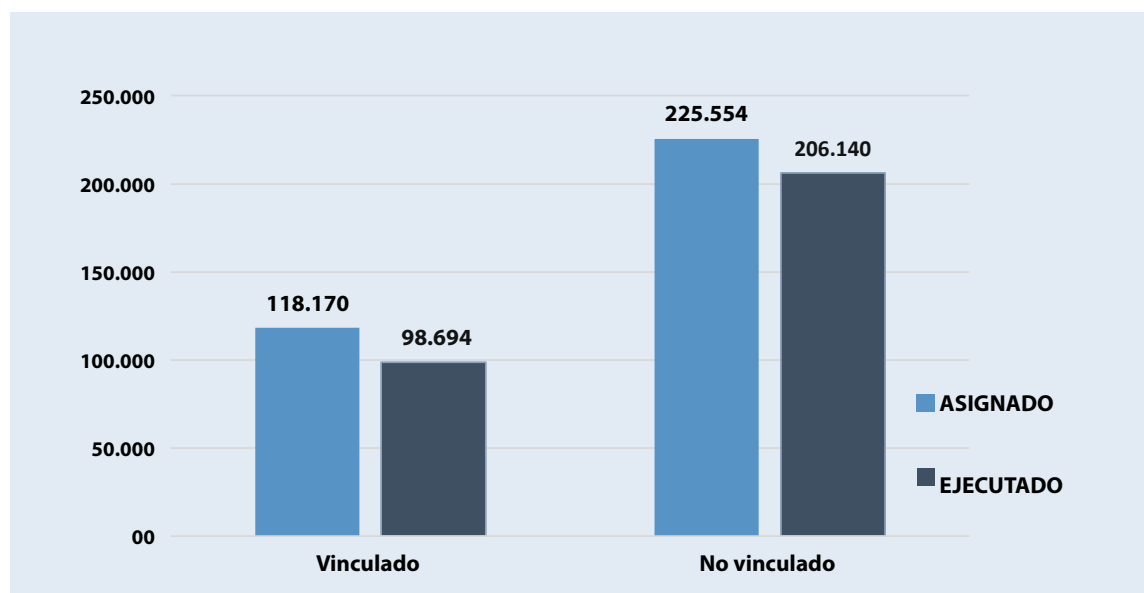
Fuente: Ministerio de salud liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2016, Sistemas SIGAF y SIAF

Del total presupuestado, se ejecutó la suma de ₡304.832,6 millones, equivalente al 88,69%, lo cual se considera aceptable, dadas las limitaciones de los procesos de Contratación Administrativa.

Es importante destacar que no todos los recursos presupuestados fueron ejecutados por el Ministerio de Salud, por tal motivo se realizó una separación de los recursos de la Partida 6 (Transferencias Corrientes) y

la Partida 7 (Transferencias de Capital). Lo anterior, consistió en identificar los recursos vinculados a la ejecución propia del Ministerio (Contribución Estatal Seguro y Pensiones, Prestaciones Legales, Indemnizaciones y Otras Prestaciones) y los recursos no vinculados a la ejecución directa por parte del Ministerio (Transferencias a Instituciones Adscritas, Asociaciones, Empresas sin Fines de Lucro y Transferencias al Sector Privado), esta distribución se visualiza en el gráfico 2:

Gráfico 2
Presupuesto vinculado y no vinculado en millones de colones, Ministerio de Salud, 2016.



Fuente: Ministerio de salud liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2016, Sistemas SIGAF y SIAF

Se observa que ₡118.170,0 millones, equivalentes a 34,38% del total del presupuesto asignado al Ministerio de Salud, correspondieron a la ejecución directamente vinculada al Ministerio, consecuentemente, ₡225.554,4 millones, equivalentes al 65,62% del presupuesto asignado, constituyeron el presupuesto no vinculado, recursos que fueron ejecutados por instituciones adscritas y otras entidades a las cuales el Ministerio de Salud les realiza transferencias de fondos.

En relación con los recursos ejecutados, ₡98.694,4 millones, equivalentes al 32,38%, correspondieron al presupuesto vinculado al Ministerio y ₡206.139,7 millones, equivalentes al 67,62% al presupuesto no vinculado directamente al Ministerio de Salud.

La separación de los recursos se realizó por cuanto los fondos definidos como no vinculados, no fueron ejecutados por el Ministerio. Lo anterior, permite visualizar de forma real los recursos que son utilizados directamente para la operación del Ministerio de Salud y aquellos cuya ejecución es realizada por otras entidades, donde este Ministerio funge como un medio o canal de transferencia.

A continuación se procede a detallar el presupuesto asignado al Ministerio de Salud, dividido por los rubros denominados como Vinculado y No Vinculado, distribuido por Organismo Presupuestario, para las diferentes partidas autorizadas para el 2016, de la misma forma se procedió con el presupuesto ejecutado en cada una de ellas.

Cuadro 1
Presupuesto 2016 según organismo presupuestario, en millones de colones, Ministerio de Salud, 2016.

Partida Presupuestaria	Gobierno		CTAMS		OCIS		CONIS		FIDEICOMISO		CNVE		Totales	
	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%
0. Remuneraciones	68.385,1	22,44	0,0	0,00	0,0	0,00	7,0	9,13	0,0	0,00	0,0	0,00	68.392,1	19,90
1. Servicios	7.783,4	2,55	0,0	0,00	1.558,3	4,80	54,7	71,31	949,5	49,37	50,0	1,93	10.396,0	3,02
2. Materiales y Suministros	888,1	0,29	0,0	0,00	12.065,6	37,17	3,2	4,20	431,9	22,46	2.516,3	96,97	15.905,2	4,63
5. Bienes Duraderos	1.418,2	0,47	0,0	0,00	3.690,4	11,37	10,4	13,54	518,0	26,93	28,5	1,10	5.665,6	1,65
6. Transferencias Corrientes	2.643,8	0,87	0,0	0,00	15.142,0	46,65	1,4	1,83	23,9	1,24	0,0	0,00	17.811,1	5,18
Presupuesto Vinculado	81.118,7	26,62	0,0	0,00	32.456,4	100,00	76,7	100,00	1.923,3	100,00	2.594,9	100,00	118.170,0	34,38
6. Transferencia corrientes	195.606,2	64,18	1.898,3	100,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	197.504,5	57,46
7. Transferencias de Capital	28.049,9	9,20	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	28.049,9	8,16
Presupuesto No Vinculado	223.656,1	73,38	1.898,3	100,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	225.554,4	65,62
Presupuesto Total	304.774,8	100,00	1.898,3	100,00	32.456,4	100,00	76,7	100,00	1.923,3	100,00	2.594,9	100,00	343.724,4	100,00

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2016, Sistemas SIGAF y SIAF

Cuadro 2
Presupuesto ejecutado según organismo presupuestario, en millones de colones, Ministerio de Salud, 2016.

Partida Presupuestaria	Gobierno		CTAMS		OCIS		CONIS		FIDEICOMISO		CNVE		Totales	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
0. Remuneraciones	64.552,7	23,15	0,0	0,00	0,0	0,00	3,7	48,62	0,0	0,00	0,0	0,00	64.556,4	21,18
1. Servicios	6.752,7	2,42	0,0	0,00	3,0	0,01	2,2	28,33	247,9	36,89	13,7	0,59	7.019,4	2,30
2. Materiales y Suministros	631,8	0,23	0,0	0,00	9.275,0	44,07	0,0	0,00	164,8	24,51	2.305,1	99,41	12.376,6	4,06
5. Bienes Duraderos	501,0	0,18	0,0	0,00	931,0	4,42	0,4	4,61	259,4	38,60	0,0	0,00	1.691,8	0,55
6. Transferencias Corrientes	2.209,3	0,79	0,0	0,00	10.839,4	51,50	1,4	18,45	0,0	0,00	0,0	0,00	13.050,1	4,28
Presupuesto Vinculado	74.647,5	26,77	0,0	0,00	21.048,4	100,00	7,6	100,00	672,1	100,00	2.318,7	100,00	98.694,4	32,38
6. Transferencia corrientes	194.423,0	69,71	1.897,6	100,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	196.320,6	64,40
7. Transferencias de Capital	9.819,1	3,52	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	9.819,1	3,22
Presupuesto No Vinculado	204.242,1	73,23	1.897,6	100,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	206.139,7	67,62
Presupuesto Total	278.889,6	100,00	1.897,6	100,00	21.048,4	100,00	7,6	100,00	672,1	100,00	2.318,7	100,00	304.834,0	100,00

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2016, Sistemas SIGAF y SIAF

En el cuadro 1, en la línea de Presupuesto Vinculado, se logra visualizar el monto total utilizado para el desarrollo de las funciones previstas en el cumplimiento de la programación presupuestaria (objetivos, metas e indicadores) del Ministerio de Salud.

En el cuadro 2 se presenta el presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud, por la suma de ¢98.694,4, equivalente al 32.38%

del total ejecutado y el 67.62%, se transfiere a Instituciones Adscritas y otras entidades, para una suma total de ¢206.139,7 millones.

Es importante destacar otra desagregación con la que cuentan los recursos de este Ministerio, es la separación por programas presupuestarios y sub programas, la cual se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3
Presupuesto ejecutado según programa presupuestario, en millones de colones,
Ministerio de Salud, 2016.

Programa	Vinculado		No Vinculado		Total	
	Presupuestado	Ejecutado	Presupuestado	Ejecutado	Presupuestado	Ejecutado
Programa 575	76,8	7,6	0,0	0,0	76,8	7,6
Programa 630	11.893,5	11.010,4	203.658,5	184.676,6	215.552,0	195.687,0
Programa 631-01	50.652,5	43.561,8	0,0	0,0	50.652,5	43.561,8
Programa 631-02	2.828,6	1.370,4	21.867,9	21.435,2	24.696,5	22.805,6
Programa 632-00	52.718,6	42.744,2	27,9	27,9	52.746,6	42.772,0
Totales	118.170,0	98.694,4	225.554,4	206.139,7	343.724,4	304.834,0

Fuente: Ministerio de salud liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2016, Sistemas SIGAF y SIAF

Programa 575: Regulación de la investigación Bio-médica

Responsable del Programa: Despacho del Ministro

Este programa se estableció mediante la Ley N° 9234, publicada en la Gaceta 79, del 25 de abril del 2014, y la articulación de sus funciones se establece a finales del periodo

2015 y a mediados del periodo 2016 inicia su ejecución presupuestaria, lo que ha imposibilitado una mayor ejecución.

La principal actividad del Programa 575 es regular la investigación bio-médica en seres humanos, en materia de salud de los sectores público y privado, con un presupuesto asignado de ¢76,8 millones, el cual ejecutó

¢7.6, equivalente al 10%. Esta suma se utilizó en acciones de fiscalización del cumplimiento de los preceptos bioéticos y científicos que rigen la materia de la investigación, mediante acciones de regulación, supervisión y seguimiento a la labor de las distintas instancias relacionadas con la investigación biomédica, con absoluta independencia de criterio y sin influencia de intereses políticos, económicos y comerciales.

Programa 630: Gestión Intrainstitucional

Responsable del programa: División Administrativa

El Programa Gestión Intra institucional tiene como objetivo principal captar los ingresos provenientes de los servicios que brinda el Ministerio de Salud con el fin de apoyar los planes, programas y proyectos para el cumplimiento de la misión institucional. Coadyuva en el financiamiento para el logro de los objetivos de la Ley General de Salud y la operación, fortalecimiento, desarrollo, actualización y mejoras de los servicios, programas, proyectos y actividades que desarrolla el Ministerio de Salud. Lo anterior, con el propósito de que los servicios brindados por este sean oportunos, eficientes y seguros.

Como se visualiza en el cuadro 3, este programa posee presupuesto vinculado y no vinculado. Del total asignado de ¢215.552,0 millones, se ejecutaron ¢195.687,0 millones (90,78%), correspondiendo ¢11.893,5 millones a las funciones de apoyo intra institucional, del cual logró ejecutar ¢11.010,4 millones (92,56%) del presupuesto vinculado,

porcentaje muy satisfactorio.

Es conveniente hacer notar que el 94,48% del presupuesto de este programa correspondió a presupuesto no vinculado al Ministerio de Salud, sino a transferencias a otras entidades del Sector Salud, Nutrición y Deporte.

Programa 631: Rectoría de la Salud

Responsable del programa: Dirección General de Salud.

Este programa tiene como misión garantizar el derecho a la salud, mediante procesos de dirección, conducción y concertación de actividades que protejan y mejoren el bienestar de la población y se divide en dos subprogramas.

Sub programa 631-01 Rectoría de la Producción Social de la Salud

La misión de este sub-programa es dirigir y conducir las acciones en salud de las instituciones y los ciudadanos, mediante la ejecución de las funciones rectoras de vigilancia, promoción y regulación de la salud, con el fin de garantizar el acceso a servicios y productos de salud oportunos y con calidad, así como la promoción de ambientes y estilos de vida saludables para el bienestar de la población.

A este programa se le asignó un presupuesto total de ¢50.652,5. La ejecución realizada ascendió a ¢43.561,8 millones (86%), del total asignado; este programa no contiene presupuesto no vinculado, por lo cual la totalidad del presupuesto es ejecutado en el cumplimiento de la misión del subprograma, en los tres niveles de gestión de la institución.

Sub Programa 631-02 Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud

Su misión es promover el mejoramiento de la salud de la población, mediante estrategias de promoción de salud, desarrollo, vigilancia y control de la normativa relacionada con el uso del tabaco, a fin de evitar las consecuencias sanitarias, ambientales y económicas del consumo del tabaco y productos derivados.

El presupuesto asignado a este programa fue de ¢24.696,5 millones y la ejecución fue ¢22.805,6 millones (92,34%) del total del presupuesto. El presupuesto vinculado directamente a la misión del sub programa fue de ¢2.828,6 millones de los cuales se ejecutaron ¢1.370,4 millones (48,44%) del total del presupuesto vinculado.

Es importante destacar que el 88,54% del presupuesto del sub-programa es asignado por ley a otras instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte.

Programa 632: Provisión de Servicios de Salud

Responsable del programa: Dirección Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Este programa contribuye al bienestar actual y futuro de los niños y niñas en condición de vulnerabilidad desde su gestación hasta los 12 años de edad, brindando servicios de salud en el campo de la nutrición y el desarrollo infantil, con calidad, accesibilidad y equidad, acompañando a las familias en el proceso de crianza y socialización con participación de las comunidades.

El presupuesto asignado fue de ¢52.746,7 millones, para un ejecutado de ¢42.772,0 millones (81,09%) del presupuesto. La mayor parte del presupuesto es vinculado directamente a sus funciones, para lo cual se asignaron ¢52.718,7 millones y se ejecutaron ¢42.744,1 millones (81,08%).

Como se muestra en el cuadro 2, en el presupuesto total del Ministerio de Salud se asignaron recursos para ser transferidos a las entidades adscritas y órganos desconcentrados de este Ministerio, así como también partidas correspondientes a leyes específicas de instituciones descentralizadas, empresas públicas no financieras y entidades privadas sin fines de lucro, en total se asignaron ¢225.554,4 millones a esas instituciones, de los cuales se ejecutaron en transferencias la suma de ¢206.139,7 millones, equivalentes a 91,39%, del total presupuestado.

INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD, NUTRICIÓN Y DEPORTE

Con la información suministrada por las instituciones que conforman el Sector Salud, Nutrición y Deporte, se expondrán los montos invertidos en este sector de la economía.

Para esta finalidad se presenta el siguiente cuadro con la Asignación Presupuestaria y posteriormente otro cuadro con la información de la ejecución lograda por cada una de las entidades del sector.

Cuadro 4
Presupuesto del Sector Salud, Nutrición y Deporte, en millones de colones, 2012-2016

Año	MS		CCSS		ICAA		IAFA		ICODER		INCIENSA		MAG		PANARE		DNCENCINAI		INS		TOTALES
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢
2012	122.051,3	6,5	1.452.721,4	77,5	130.774,8	7,0	9.756,8	0,5	3.897,6	0,2	4.027,9	0,2	3,00	0,00	443,65	0,02	0,00	0,00	151.095,8	8,1	1.874.772,2
2013	117.663,3	5,6	1.617.566,9	76,7	159.686,1	7,6	12.536,6	0,6	10.255,0	0,5	4.057,0	0,2	4,10	0,00	483,61	0,02	0,00	0,00	185.623,5	8,8	2.107.876,0
2014	117.124,0	5,06	1.784.540,7	76,7	214.895,2	9,2	10.977,2	0,5	8.843,1	0,4	4.511,2	0,2	4,48	0,00	511,80	0,02	0,00	0,00	185.834,9	7,9	2.327.242,5
2015	124.490,6	5,1	1.866.733,0	76,37	213.635,6	8,7	13.011,0	0,5	9.800,2	0,4	5.563,3	0,2	3,50	0,00	541,85	0,02	1.310,96	0,05	211.382,8	8,6	2.446.472,8
2016	118.170,0	4,2	2.255.323,4	79,47	204.078,7	7,2	11.390,1	0,4	7.565,9	0,3	7.106,2	0,2	5,00	0,00	580,30	0,02	607,48	0,02	234.916,9	8,8	2.839.743,9

Fuente: Ministerio de Salud y certificaciones emitidas por las Instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte, para el período 2016.

Cuadro 5
Presupuesto Ejecutado del Sector Salud, Nutrición y Deporte en millones de colones, 2012-2016

Año	MS		CCSS		ICAA		IAFA		ICODER		INCIENSA		MAG		PANARE		DNCENCINAI		INS		TOTALES
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢
2012	100.755,1	5,8	1.363.348,3	79,0	106.017,7	6,1	6.353,5	0,4	1.904,5	0,1	3.403,7	0,2	0,75	0,00	424,39	0,03	0,00	0,00	142.828,5	8,3	1.725.036,4
2013	90.906,5	4,9	1.468.182,4	78,7	124.311,5	6,7	8.262,1	0,4	6.086,5	0,3	3.639,6	0,2	0,44	0,00	443,97	0,03	0,00	0,00	163.197,3	8,7	1.865.030,2
2014	95.897,0	4,8	1.551.169,1	77,7	144.221,6	7,2	7.590,7	0,4	7.322,8	0,4	3.818,0	0,2	4,17	0,00	493,04	0,03	0,00	0,00	184.697,1	9,3	1.995.213,4
2015	99.484,8	4,6	1.679.509,5	77,6	158.245,8	7,3	8.656,8	0,40	5.921,0	0,3	4.366,9	0,2	3,30	0,00	532,44	0,03	607,48	0,03	207.500,5	9,6	2.164.828,5
2016	98.694,4	4,0	1.967.569,5	80,3	158.952,3	6,5	9.271,9	0,4	5.431,5	0,2	5.431,4	0,2	0,95	0,00	523,63	0,02	607,06	0,02	204.321,9	8,3	2.450.804,6

Fuente: Ministerio de Salud y certificaciones emitidas por las Instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte, para el período 2016.

Como se observa en el cuadro 4, el total presupuestado del período 2016 fue de ₡2.839.743,9 millones, de los cuales el 79,42 %, es constituido por el presupuesto de la CCSS, el cual asciende a ₡2.255.323,4 millones, el INS aporta un monto de ₡234.916,9 millones equivalentes al 8,22% del total, el tercer aporte lo realiza el ICAA, con ₡204.078,7 millones equivalente al 7,19% y el Ministerio de Salud aporta ₡118.170,0 millones, equivalente al 4,16%.

En el cuadro 5, se observa el presupuesto ejecutado por el Sector Salud, Nutrición y Deporte, el cual alcanza la suma de ₡2.450.804,6 millones (88,5%) del presupuesto asignado. Al igual que en años anteriores el presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social corresponde al monto de mayor proporción en relación a su ejecución, alcanzando la cifra de ₡1.967.569,5 millones (80,28%) del total ejecutado. Este monto es utilizado para proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia, la comunidad y en general a la población costarricense. Le sigue el Instituto Nacional de Seguros, con un monto de ₡204.321,9 millones (8,34%) del total ejecutado, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados con una ejecución de ₡158.952,3 millones (6,49%) del presupuesto ejecutado por el sector y en cuarto lugar, el Ministerio de Salud ejecutó un total de ₡98.693,0 millones, que representan el 4,03%, del total ejecutado por el sector. En orden descendente, lo siguen el IAFA, ICODER, INCIENSA, PANARE, DNCENCINAL, MAG, con 0,38%, 0,22%, 0,22%, 0,02% y 0,02% respectivamente.

Medición del Gasto ante la Respuesta del VIH-Sida “MEGAS”

Situación actual

La epidemia de VIH/sida continúa siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta la fecha, generado un alto costo económico y afectado la calidad de vida de millones de pacientes y sus familias.

Debido al impacto de la enfermedad los Estados y organizaciones internacionales han sido enfáticos en la necesidad de aunar esfuerzos para dar una respuesta enérgica contra la epidemia, que garantice eficazmente su prevención y atención.

Las MEGAS (Medición del Gasto en Sida) constituyen una herramienta diseñada para el seguimiento de los recursos de las respuestas nacionales contra el VIH/sida, cuya finalidad es determinar los flujos de fondos utilizados para financiar dicha respuesta, lo que implica, por lo tanto, dar seguimiento a las transacciones financieras desde su origen hasta su destino final (es decir, los beneficiarios que reciben los bienes y servicios).

La realización de estas mediciones forma parte de la estrategia sugerida para mejorar la respuesta multisectorial de los países contra la enfermedad, al permitir el desarrollo de indicadores para el seguimiento de la epidemia con miras a medir los avances programáticos de acuerdos y compromisos internacionales, cuya finalidad primaria es prevenir infecciones por el VIH o, al menos, reducir el impacto de la epidemia.

Costa Rica, al igual que otros países de la región se ha sumado al proceso de medición, obteniendo resultados concretos a lo largo de los últimos diez años.

Logros

- Realización de la Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante VIH Sida-2014 (MEGAS-2014), financiada en su mayor parte por USAID/PASCA. La información obtenida y debidamente documentada permite analizar la situación del gasto, el estado de la epidemia y brinda insumos para la toma de decisiones y la realización de ajustes y cambios en las políticas públicas dirigidas a disminuir la epidemia. No se puede olvidar que es mediante esta clase de información que tanto la institución como el país mismos, puede saber si se están tomando las decisiones y acciones correctas, es decir, si los recursos son usados eficientemente, si se está invirtiendo el dinero en aquellas poblaciones de mayor riesgo y si los recursos se distribuyeron en los rubros correctos para lograr las metas tanto nacionales como internacionales.
- Participación de la mayoría de los actores involucrados en la respuesta a la epidemia de VIH/sida en nuestro país, quienes brindan la información necesaria para que el equipo técnico realice la medición.
- Publicación y divulgación del "Informe final de la MEGAS 2014", el cual

evidenció un incremento significativo el financiamiento del tratamiento y atención de la enfermedad. Lo cual indica que se mantiene la tendencia nacional de los últimos años de destinar mayor cantidad de fondos a estas categorías del gasto. En segundo lugar está la prevención, la cual se mantiene estable. Igualmente se mantiene la tendencia de destinar muy pocos fondos a la gestión de programas, a recursos humanos y a investigación. Por lo que resulta necesario hacer un llamado de atención respecto a la necesidad de destinar más recursos a estas áreas, ya que las tres son determinantes para mejorar la respuesta al VIH y Sida. El fortalecimiento de la fuerza del trabajo, la sensibilización y la investigación mejorarán la conducción y generación de políticas y programas así como la atención y la prevención de la epidemia.

Desafíos

- ✓ Realización del MEGAS 2016 para conocer el comportamiento del gasto en estos dos últimos años.
- ✓ Fortalecimiento de las acciones de prevención, incluyendo un aumento en la asignación presupuestaria.
- ✓ Destinar más fondos para la gestión de programas, los recursos humanos y la investigación.
- ✓ Desarrollo de una nueva propuesta de financiamiento ante el Fondo Mundial de Lucha Contra el VIH, la TB y la Malaria.

- ✓ Fortalecimiento de los mecanismos que garanticen la sostenibilidad en el financiamiento de la respuesta contra el VIH/Sida.
- ✓ Aumento de la inversión en las poblaciones de más alto riesgo, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HS), la población trans y los trabajadores (as) sexuales, por medio de programas preventivos.

CUENTAS DE SALUD

Situación del tema

A mediados de los años sesenta, Estados Unidos comenzó a realizar estimaciones sobre el gasto nacional en salud de forma sistemática y conforme a estándares. Sin embargo, enfrentaron problemas relacionadas con la disponibilidad de la información y el uso de la existente, para mejorar el manejo de los recursos.¹ En esta misma línea, países de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico) dirigían sus esfuerzos a este mismo fin.²

En los años ochenta, se experimentó un mayor interés en el tema, de modo que, varios investigadores y países con apoyo del Banco Mundial y organizaciones internacionales como la OMS, realizaron estimaciones sobre el gasto en salud.

En 1993, dicho interés se ve reflejado en el *"Informe del Desarrollo Mundial"* que incluyó una medición del gasto nacional en

salud para todos los países y territorios del mundo. No obstante, el estudio no estuvo libre de inexactitudes y errores en los datos disponibles. Para los años noventa, varios países desarrollados implementaron cuentas nacionales en salud, lo que provocó su utilización a mayor escala.³ En los últimos años, han surgido importantes sistemas para la realización de las cuentas de salud, como lo es de la OCDE, que propone constituir un modelo estándar para los distintos países y la adopción de clasificaciones y categorías estandarizadas, con el fin de resolver problemas de comparabilidad internacional

Las cuentas en salud describen la estructura de distribución y financiamiento de los servicios de salud y proveen información esencial necesaria para la formulación de políticas de salud pública y para comparaciones internacionales.

Constituyen un marco dentro del cual se cuantifican los tipos de servicios y fuentes de financiamiento del gasto en atención de salud.⁴ De modo que, constituyen un valioso instrumento para mejorar la toma de decisiones, la identificación de problemas, el monitoreo del tamaño y composición del gasto así como, la evaluación del desempeño en salud.

Logros

- Apoyo del Ministro de Salud para la implementación de una metodología consistente, (SHA 2011), para que la

¹ Lanzeby et al., 1993 y Berman y Cooper, 1996, citados en Cuentas de salud de Colombia 1993-2003, 2007.

² OCDE, 2002, citado en Cuentas de salud de Colombia 1993-2003, 2007.

³ Barón, Gilberto. 2007. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003.

⁴ Lanzeby et al. (1992), Barón, Gilberto. 2007 en Cuentas de salud de Colombia 1993-2003.

cuenta de salud se elabore en un futuro próximo.

- Institucionalización de la Metodología para el Sistema de Cuentas de Salud (SHA2011) y la Guía del Productor de Cuentas de Salud HAPT (un software diseñado para este propósito), en colaboración con la OPS/OMS.
- Desarrollo de capacitaciones para funcionarios de distintas instituciones del sector salud, con el fin de lograr una aplicación exitosa de esta metodología SHA 2011.
- Conformación y juramentación de la Comisión Nacional de Economía de la Salud creada mediante el Decreto N°39169-S: *“Creación de un Consejo de Cuentas en Salud (CONACUSA)”* del 05 de octubre del 2015.

Desafíos

- ✓ Establecimiento de un sólido sistema de cuentas de salud, que garantice la sostenibilidad financiera del sistema de salud del país, mediante:
 - Aumento en el número de instituciones que aportan información relevante al Gasto en Salud.
 - Compromiso de las instituciones del Sector para el aporte de datos con un mayor nivel de desagregación y en el formato adecuado para la herramienta “Guía del Productor de Cuentas de Salud HAPT” (un software diseñado para este propósito).
- ✓ Construcción e implementación de un Sistema de Cuentas en Salud en el Ministerio de Salud, tomando como base el año 2013.
- ✓ Desarrollo de una Medición para el Quinquenio (2011-2015), con apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS.

Créditos

MEMORIA INSTITUCIONAL 2016

Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud

Dra. María Esther Anchía Ángulo
Viceministra de Salud

Dra. Virginia Murillo Murillo
Viceministra de Salud

Dr. William Barrantes Barrantes
Director General de Salud

EQUIPO CONDUCTOR

MSc. Rosibel Vargas Gamboa
Directora Planificación y Desarrollo Institucional

Dra. Marcela Vives Blanco
Jefe Unidad de Planificación Institucional

Lic. Ana León Vargas
Unidad de Planificación Institucional

EQUIPO DE APOYO

Dra. Irma García Penón
Despacho Ministerial

Dra. Paula Sanabria Gamboa
Dirección General de Salud

Lic. José Villalobos González
Comunicación e Imagen

Lic. Rosa Rodríguez Fernández
Lic. Elvira Agüero Acuña
Lic. Maureen Arias Gutiérrez
Sra. Nancy Montoya Ramírez
Srta. Jazmín Hernández Breck
Unidad de Planificación Institucional

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Lic. Ana María González Reyes
Unidad Mercadotecnia Institucional

DISEÑO DE PORTADA

Bach. Alejandro Monestel Herrera
Unidad Mercadotecnia Institucional

Lic. José Elías Navarrete Brenes
**Departamento Tecnologías, Información
y Comunicación**

FOTOGRAFÍAS

Sr. Alex Ulate Carranza
Comunicación e Imagen

Impresión

Producción Documental

**UNIDAD MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE SALUD**

Mayo 2017

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

el Centro de Documentación Ministerio de Salud
y Biblioteca Nacional de Costa Rica

MEMORIA ANUAL 2016



Ministerio de Salud de Costa Rica



msaludcr



www.ministeriodesalud.go.cr